

Helen Wohlfahrt

Achtsamkeit als Kompetenz von Angehörigen helfender Berufe

Eine empirische Untersuchung des Einflusses einer achtsamen Haltung des
Therapeuten auf die Beziehungsqualität zum Klienten

eingereicht als

MASTERARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2014

Erstprüferin: Frau Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Herr Dr. phil. Michel C. Hille

Bibliografie

Wohlfahrt, Helen:

Achtsamkeit als Kompetenz von Angehörigen helfender Berufe. Eine empirische Untersuchung zum Einfluss einer achtsamen Haltung des Therapeuten auf die Beziehungsqualität zum Klienten. 107 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/ Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit
Masterarbeit, 2014

Referat

Die Masterarbeit befasst sich mit der achtsamen Lebenseinstellung von Therapeuten und deren Einfluss auf die Beziehungsqualität zum Klienten. Dabei werden anhand eines Fragebogens, Therapeuten verschiedener Bereiche, zu ihrer Lebenseinstellung und selbst eingeschätzter Empathie, Akzeptanz und Echtheit, im therapeutischen Setting, befragt.

Das Konzept der „Achtsamkeit“ wird von seinem buddhistischen Ursprung, bis hin zur Anwendung im (sozial-) pädagogischen und psychologischen Bereich, erläutert. Um die Bedeutung der Beziehungsqualität für den Therapieverlauf zu klären, werden deren Besonderheiten herausgearbeitet und deren Schlüsselkonzepte vorgestellt. Im empirischen Teil erfolgt die Untersuchung des Zusammenhangs beider Themen.

Im Verlauf der Arbeit wird immer wieder Bezug zu thematisch relevanten Studien genommen und die Verknüpfung zum therapeutischen Kontext und der Praxis sozialer Arbeit hergestellt.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis	6
2 Achtsamkeit	9
2.1 Ursprünge des Konzepts	9
2.1.1 Frühbuddhistische Tradition	9
2.1.2 Verbreitung in der westlichen Medizin und Psychologie	13
2.2 Definitionen	15
2.2.1 Allgemein.....	15
2.2.2 Kabat- Zinn	18
2.2.3 Brown und Ryan	19
2.2.4 Bishop et al.	20
2.3 Achtsamkeit als Haltung.....	21
2.3.1 Achtsamkeit im Alltag	21
2.3.2 Therapeutische Haltung	23
2.4 Achtsamkeitsbasierte und –informierte Verfahren	28
2.4.1 Mindfulness- Based Stress Reduction (MBSR)	28
2.4.2 Mindfulness- Based Cognitive Therapy (MBCT)	31
2.4.3 Weitere achtsamkeitsbasierte und -informierte Ansätze	32
3 Beziehungsqualität im therapeutischen Prozess	35
3.1 Charakteristika der Therapeuten- Klienten- Beziehung	35
3.2 Therapeutische Beziehungsgestaltung	38
3.2.1 Kognitive Schlüsselkompetenz.....	38
3.2.1.1 Personenwahrnehmung.....	38
3.2.1.2 Sozialer Einfluss	41

3.2.2 Emotionale Schlüsselkompetenz	41
3.2.2.1 Bedingungslose Wertschätzung	41
3.2.2.2 Empathie	43
3.2.2.3 Intimität und Selbstöffnung	44
3.2.2.4 Konflikt	47
3.2.2.5 Religiosität und Spiritualität	48
3.2.3 Handlungsbezogene Schlüsselkompetenz	51
3.2.3.1 Kommunikation und Interaktion	51
3.2.3.2 Soziale Unterstützung	53
3.3 Bedeutung der Beziehungsqualität für den Therapieerfolg	54
4 Empirische Untersuchung	57
4.1 Zielsetzung und Hypothesen	57
4.2 Methodische Vorgehensweise	59
4.2.1 Forschungsdesign und Stichprobe	59
4.2.2 Instrumente	61
4.2.2.1 Online- Fragebogen	62
4.2.2.2 Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit	63
4.2.2.3 Fragebogen zur Erhebung der Beziehungsqualität	65
4.2.3 Durchführung	66
4.3 Auswertung	67
4.4 Diskussion der Ergebnisse	74
6 Fazit	79
7 Literaturverzeichnis	81
Anhang: Online Fragebogen	96
Eidesstattliche Erklärung	106

Abkürzungsverzeichnis

ACT	Akzeptanz- und Commitmenttherapie
BQ	Beziehungsqualität
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
DBT	Dialektisch- Behaviorale Therapie
FFA	Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit
IGPP	Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene
MBCT	Mindfullnes- Based Cognitive Therapy
MBRP	Mindfulness- Based Relapse Prevention
MBSR	Mindfulness- Based Stress Reduction
RKI	Robert- Koch Institut
SCIP- Model	Social- Competencies- Interpersonal- Process-Model

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beobachtungsbereiche der Achtsamkeit.....	11
Abbildung 2: Die vier essenziellen Bausteine der Achtsamkeit.....	16
Abbildung 3: Kreislauf der Selbstöffnung.....	45
Abbildung 4: Konflikt- Eisbergmodell	47
Abbildung 5: Einflussfaktoren auf Therapieeffekt	55
Abbildung 6: Tätigkeitsfelder der Teilnehmer	60
Abbildung 7: Achtsamkeit der Teilnehmer	68
Abbildung 8: Beziehungsqualität der Teilnehmer	68
Abbildung 9: Punkt-/ Streudiagramm- Beziehungsqualität und Achtsamkeit.....	69

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Altersstruktur der Teilnehmer.....	61
Tabelle 2: Faktoren mit zugehörigen Items	64
Tabelle 3: Korrelation von Achtsamkeit mit Variablen der BQ	70
Tabelle 4: Kontrollierte Korrelation von Achtsamkeit mit Variablen der BQ	70
Tabelle 5: Korrelation nach Achtsamkeitsgruppen	71
Tabelle 6: Kontrollierte Korrelation vo Konzeptkenntnissen und Achtsamkeit.....	73
Tabelle 7: Korrelation von Geschlecht und Alter mit Konzeptkenntnissen	74

1 Einleitung

Ein Ausspruch des buddhistischen Mönches Thích Nhất Hạnh lautet: „Die Fähigkeit, im Frieden mit anderen Menschen und mit der Welt zu leben, hängt sehr weitgehend von der Fähigkeit ab, im Frieden mit sich selbst zu leben.“ (Thích Nhất Hạnh o.J. zit.n. Schneider 2013, 10). Er betont, welchen Einfluss die eigene Lebensweise und der Umgang mit sich selbst, auf das Umfeld und die Begegnung mit anderen Menschen haben. Als Grundvoraussetzung für inneren Frieden und Ausgeglichenheit, sieht der Buddhismus eine achtsame Lebensweise vor, welche Gegenwärtigkeit und Nicht-Wertung beinhaltet.

Dabei hat der Begriff „Achtsamkeit“ längst seinen Weg von den buddhistischen Tempeln in westliche Psychologielehrbücher, Führungskräftetrainings und Zeitschriften, welche eine bestimmte Art von Lebensstil und –einstellung präsentieren, gefunden. Meist wird dabei nur eine ungefähre Vorstellung davon vermittelt, welche Komponenten das Achtsamkeitskonzept umfasst. Zwar schwebt der Begriff über vielen psychologischen und sozialpädagogischen Themen und taucht an unterschiedlichen Stellen in der Fachliteratur auf, doch wird er oftmals nicht in seiner Tiefe behandelt. Es stellt sich also die Frage nach dem Ursprung und der Verknüpfung des Konzeptes mit der Sozialen Arbeit.

Bereits in der Mitte der 20. Jahrhunderts schwappte eine spirituelle Welle auf den psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Bereich über und sorgte dafür, dass sich Angehörige helfender Berufsgruppen vor allem vom Zen- Buddhismus inspirieren ließen. Seit den 1980er Jahren erfährt insbesondere die Achtsamkeit ein großes Interesse und findet auf verschiedene Weise Anwendung. Aufgrund des explodierenden Angebotes, welches Achtsamkeits- Kompaktseminare für Führungskräfte oder Achtsamkeitstrainings per Mail umfasst und offensichtlich bereits durch die Betitelung, Hast und Schnelllebigkeit impliziert, wird das Konzept teilweise als Trend oder Mode abgetan (vgl. Knuf 2011, 25 f.).

Im sozialpsychiatrischen Bereich allerdings, findet Achtsamkeit, als Haltung und die Verwendung achtsamkeitsinformierter und –basierter Verfahren großen Anklang. In verschiedenen Studien wird ihre Wirkungen in unterschiedlichen Anwendungsfeldern,

insbesondere dem therapeutischen Bereich untersucht (u.a. Bach & Hayes, 2002; Gifford et al., 2004; Ma & Teadale, 2004; Micha et al., 2007; Coffey & Hartmann, 2008). Bei diesen Untersuchungen rückt überwiegend die Anwendung bestimmter Verfahren bei den Klienten¹ und die Auswirkung auf deren Wohlbefinden in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Nur wenige Studien beschäftigen sich mit der eigenen achtsamen Haltung des Therapeuten und deren Einfluss auf das Therapieschehen. Eine Untersuchung von Baer et al. (2004) zeigt zwar einen positiven Einfluss der Achtsamkeit des Therapeuten auf die Beziehungsqualität, lässt allerdings die Komponenten offen, welche bei der Achtsamkeit des Therapeuten besonders ihre Wirkung entfalten (vgl. Harrer 2013b, 286 ff.; Weiss/ Harrer/ Dietz 2010⁴, 263- 271).

In der vorliegenden Arbeit soll deshalb untersucht werden, wie die achtsame Lebenseinstellung des Therapeuten auf die Beziehung zu dessen Klienten wirkt. Dabei soll insbesondere der Einfluss Beachtung finden, welchen die diese Haltung auf das empathische und akzeptierende Verhalten gegenüber dem Klienten und die Echtheit des Therapeuten hat. Diese Faktoren gelten als grundlegend für eine gelingende therapeutische Beziehung.

Zunächst soll allerdings, im ersten Kapitel, der Ursprung der Achtsamkeit geklärt und ein Verständnis für die Komplexität dieses Konzeptes geschaffen werden. Dazu werden verschiedene Definitionsvorschläge herangezogen und die Bedeutung für die eigene Haltung und den therapeutischen Kontext erklärt. Das zweite Kapitel stellt jene Kompetenzen der therapeutischen Beziehung vor, welche einen Einfluss auf die Beziehungsqualität haben und erklärt deren Bedeutung für den Therapieerfolg. Daraufhin erfolgt im dritten Kapitel eine empirische, quantitative Untersuchung, in deren Rahmen Therapeuten verschiedener Therapierichtungen ihre Haltung und Beziehungsqualität mittels Fragebogen einschätzen. Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert und sollen auf den Kontext sozialer Arbeit übertragen werden.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit dieser Arbeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten selbstverständlich für beiderlei Geschlecht.

2 Achtsamkeit

Das Konzept der Achtsamkeit hat in den letzten Jahren immer mehr Bekanntheit erlangt. Dabei soll in diesem Kapitel zunächst ein Abriss über den Ursprung des Begriffs im Buddhismus erfolgen und der Einzug als empirisches Konzept in Medizin und Psychologie nachvollziehbar dargestellt werden. Dazu werden verschiedene Definitionen genutzt und Achtsamkeit als Haltung und Methode vorgestellt, um die Integration des Konzeptes in den sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich nachvollziehen zu können.

2.1 Ursprünge des Konzepts

Um das komplexe Achtsamkeitskonzept verstehen zu können, muss zunächst der Ursprung des Begriffes geklärt werden, welcher sich im Buddhismus finden lässt. Daraus resultierend kann erst die Übernahme des Konzeptes in die westliche Medizin und Psychologie dargestellt werden.

2.1.1 Frühbuddhistische Tradition

Die Praxis der Achtsamkeit hat im Buddhismus eine 2.500 Jahre alte Tradition. Dabei bedeutet dies im spirituellen Sinne „eine bestimmte Art von Aufmerksamkeit- bezogen auf die Erfahrung des gegenwärtigen Moments, ohne zu bewerten oder sich mit ihnen zu identifizieren.“ (Rose/ Walach 2009, 28). Es sollen Phänomene aufmerksam und unvoreingenommen beobachtet werden, ohne diese intellektuell oder emotional zu verzerren. Die Erfahrungen des Bewusstseins und deren Entstehung und Vergehen, werden pur wahrgenommen, ohne Reaktionen, wie Urteile, Zensur, Auswahl oder Interpretationen zuzulassen (vgl. ebd).

Die „Vier edlen Wahrheiten“ sind die Grundlage der Lehre Buddhas und Gemeinsamkeit aller buddhistischen Richtungen bzw. Schulen. Dabei geht es um die Frage nach dem Leiden und der Überwindung des Leidens (vgl. Jankord 2011², 83-103; Anderessen- Reuster 2011², 97):

1. Die erste edle Wahrheit, ist die Wahrheit vom Leiden (*dukkha*). Das Leben im Daseinskreislauf ist letztendlich leidvoll. Egal ob arm oder reich, ob Ober- oder Unterschicht der Gesellschaft, jedes gefühlvolle Wesen ist dem Leid, wie Geburt, Kummer, Trennung, Krankheit, Alter oder Tod unterworfen. Alle Daseinsformen sind ungenügend, den Menschen vollständig befriedigen zu können und somit leidvoll.
2. Die zweite edle Wahrheit handelt von der Ursache des Leidens. Diese können Gier, Hass und Verblendung sein und gründen auf dem Verlangen, nach vergnüglichen Sinneseindrücken und –erfahrungen, Existenz oder Nicht- Existenz.
3. Die Dritte ist die Wahrheit von der Aufhebung des Leidens. Sobald die Ursache erlischt, vergeht auch das Leiden. Durch das Loslassen von Verlangen und Begehren eröffnet sich ein Weg aus dem Leiden.
4. Die Wahrheit von dem Weg zur Aufhebung des Leidens beschreibt den Weg zur Erlöschung des *Dukkha* – den „Edlen Achtfachen Pfad“.

Der „Edle Achtfache Pfad“ beinhaltet die Richtlinien für sittliches und einsichtsorientiertes Leben und bietet somit einen ganzheitlichen und umfassenden Weg zur Befreiung vom Leid. Er gliedert sich in die Bereiche *panna*/ Weisheit (rechtes Verstehen, rechtes Denken), *sila*/ Sittlichkeit (rechte Rede, rechtes Handeln, rechter Lebenserwerb) und *samadhi*/ Vertiefung (rechte Achtsamkeit, rechte Sammlung, rechtes Bemühen) (vgl. Anderssen- Reuster 2013, 18).

Als wesentliches Werkzeug, um Einsicht und Weisheit erlangen zu können, dienen dabei die Methoden der Achtsamkeit (*sati*), eine Art von Aufmerksamkeit, welche im gegenwärtigen Moment urteilsfrei verweilt. Die rechte Achtsamkeit (*samma- sati*)

beschreibt die konsequent praktizierte Achtsamkeit gegenüber allen Erfahrungen. In den Reden Buddhas werden die Grundlagen gelehrt, wobei sich die Achtsamkeit auf verschiedene Trainings- und Beobachtungsbereiche bezieht, wie in Abb.1 zu sehen ist. Jeder Bereich umfasst dabei verschiedene Betrachtungen, welche das gesamte Spektrum menschlicher Erfahrung abdecken sollen (vgl. Rose/ Walach 2009. 33 f.).

Der Körper (*kaya*) ist ein zentrales Bezugsobjekt in der Achtsamkeitspraxis. Ohne über

Abbildung 1: Beobachtungsbereiche der Achtsamkeit



den eigenen Körper zu urteilen oder ihn streng zu bewerten, wird versucht ihn anzunehmen so wie er ist. Er soll von innen her gespürt und erlebt werden, was sich in der Praxis meist schwieriger darstellt, als vermutet. Methodisch wird dies durch bewusstes, meditatives Ein- und Ausatmen (*anapanna sati*) und die Aufmerksamkeitslenkung auf

Körperhaltung und -tätigkeiten gelehrt. Da die Körperwahrnehmung die Basis für die, auf die Geisteszustände gerichtete, Achtsamkeit bildet, welche schwieriger zu beobachten ist, gilt sie als Anker des Bewusstseins und Grundlage der Achtsamkeitspraxis (vgl. Anderessen- Reuster 2013, 19 f.).

Vedana kann als Empfindung oder Gefühl/Gefühlsfärbung verstanden werden, wobei es um den Automatismus der Kategorisierung von Wahrgenommenem in angenehm, unangenehm oder neutral geht. Durch derartige Bewertungen von Sinneseindrücken werden leidvolle Reaktionen oder Kognitionen, wie beispielsweise Aversion, Verlangen oder Gleichgültigkeit, ausgelöst. Durch eine achtsame und somit urteilsfreie Betrachtung dieser Gefühle, wird angestrebt, sich nicht mit diesen Zuständen zu identifizieren. Indem nicht darauf reagiert wird, können wir sie Wertungsfrei erkennen und wahrnehmen (Rose/ Walach 2009, 35).

Die dritte Grundlage der Achtsamkeit ist auf den Geist (*citta*) bezogen. *Citta* beschreibt die momentane psychische und geistige Verfassung einer Person. Hierbei geht es um das bloße und urteilsfreie Wahrnehmen des momentanen Geisteszustandes.

Die Geistesobjekte (*dhamma*) machen den komplexesten Bereich der Grundlagen aus. Dazu gehört die Erkenntnis, dass alles dem Wandel und somit der Vergänglichkeit, als auch der Leidhaftigkeit unterworfen ist. Außerdem wird angestrebt, die Substanzlosigkeit der Dinge zu erkennen, was bedeutet, dass keine Existenz ein festes „Ich“ besitzt. Alles, was wir als „Selbst“ oder „Seele“ betrachten, ist in der buddhistischen Tradition die Empfindung des materiellen Körpers (*skandhas*), mit seinen Sinnesorganen, Gefühlen, Wahrnehmung und dem Bewusstsein. Nach der Lehre Buddhas, kann jeder Mensch das *dhamma* praktizieren, welches helfen soll, frei von Vorurteilen zu werden und Dinge in ihrer Wahrhaftigkeit zu sehen. Es kann nur in jedem selbst wahrgenommen und erkannt werden und umfasst die Wahrheit der eigenen Erfahrungen. Dies geschieht durch den Blick in sich selbst und kann mittels Meditation geschehen. Um diese Erfahrung zu ermöglichen genügt es nicht, den Zugang über den üblichen Bewusstseinsmodus zu suchen, sondern es geschieht mithilfe der geistigen Fähigkeit der Achtsamkeit und des Gewahrseins. Der Geist nimmt bewusst wahr, was im gegenwärtigen Moment geschieht, ohne sich dabei von Interpretationen und Urteilen ablenken zu lassen (vgl. Weeraratna 2008; Jankord 2011², 94 f.).

Achtsamkeit bezogen auf diese vier Grundlagen (Körper, Empfindungen, Geist, Geistesobjekt), hilft die Dinge so zu sehen, wie sie wahrhaftig sind, ohne dabei von der Beobachtung des gegenwärtigen Moments abzudriften. Dabei soll uns aufgezeigt werden, dass „Bewusstheit, Akzeptanz und innerer Friede jederzeit für uns verfügbar sind- fern von den Mechanismen des Verdrängens, des sich Verlierens und des Manipulierens. [...] Wahre Freiheit und echte Freude [sind] genau da zu finden [...], wo es vermeintlich am wenigsten vermutet wird: in der Freiheit von Verlangen und Anhaftung, in der freudigen Wertschätzung eines jeden Moments- unabhängig davon, was uns gerade widerfährt (innerlich oder äußerlich)- und im bedingungslosen Mitgefühl für sich selbst und andere.“ (Rose/ Walach 2009, 38). Somit ist Achtsamkeit nach der Lehre Buddhas nicht nur als Weg, sondern auch als Ziel zu verstehen. Eine der ältesten Meditationstechniken, die darauf abzielt „höchste Realitäten“ d.h. durch

das Nicht- Sehen und die Verblendung verursachtes Leid zu erkennen, ist die Vipassana- Meditation (Einsichtsmeditation), welche seit den 1960er Jahren auch in der westlichen Psychologie verbreitet ist (vgl. Weiss/ Harrer/ Dietz 2010⁴, 260 f.).

2.1.2 Verbreitung in der westlichen Medizin und Psychologie

Achtsamkeit ist implizit wesentlicher Bestandteil fast jeder Form von Psychotherapie und hat nicht erst, wie oftmals angenommen, mit dem aktuellen Trend zur Anwendung fernöstlicher Therapien und Medizin Einzug in die therapeutischen Praxen gehalten. Bereits in der psychoanalytischen Tradition beschäftigte sich Sigmund Freud mit meditativen Ansätzen. Zwar äußert er sich eher kritisch zu meditativen Erfahrungen, doch fordert er die Psychoanalytiker gleichzeitig zu einem nicht- urteilenden, offenem Präsentsein auf. Diese „gleichschwebende Aufmerksamkeit“, als wichtigste Grundregel der Psychoanalyse, verlangt, dass der Therapeut die eigenen Reaktionen auf verbale und non- verbale Äußerungen des Klienten registriert und diesem ohne Vorurteil oder Zwang zur Erkenntnis begegnet. In neueren Veröffentlichungen wird diese Art der Aufmerksamkeit als verwandtes Konzept zur Achtsamkeit diskutiert und die Ähnlichkeiten der beiden Methoden herausgestellt. Psychoanalytiker, wie Carl G. Jung (1939) oder Erich Fromm (1969), zeigten sich religiösen und spirituellen Themen gegenüber offen und setzten bereits Meditationstechniken ein (vgl. Schade 2011², 62 fff.; Hammer/ Knuf 2013, 24 f.).

In den siebziger Jahren stieg die Popularität buddhistischer Konzepte für die Psychotherapie, wobei sich insbesondere, humanistische Verfahren die fernöstliche Tradition und Meditationspraxis zunutze machten. Die Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers² (1951) zeigt sehr viele Bezüge zu achtsamkeitsbasierten Ansätzen auf. Die Rolle therapeutischer Präsenz, der empathische Beziehungsgestaltung und die bedingungslose Wertschätzung können nur aus einem achtsamen und akzeptierenden

² Carl M. Rogers (* 8. Januar 1902 in Chicago; † 4. Februar 1987 in Kalifornien) war ein US-amerikanischer Psychologe und Psychotherapeut; Begründer der klientenzentrierten Gesprächstherapie.

Therapeutenverhalten resultieren. E. Gendling (1978), ein enger Mitarbeiter Rogers, entwickelte eine spezielle Methode der Selbstaufmerksamkeit- das „Focusing“. Es soll dem Klienten ermöglichen die Aufmerksamkeit nach innen zu richten und bei dem körperlich spürbaren Problem zu verweilen, um dieses zu erkennen und zu lösen (vgl. Hammer/ Knuf 2012², 25; Huppertz 2009, 149).

Etwa zeitgleich führte Friedrich S. Perls³ (1976) den Begriff „*awareness*“ (Bewusstheit/ Gewährsein) im therapeutischen Prozess ein. Damit beschreibt er die Aufmerksamkeitslenkung „auf das Hier und Jetzt, das nonverbale Verhalten und die Körpersprache, um ein tieferes Verständnis für ein Problem oder eine Störung zu eröffnen. Durch die kontinuierliche Arbeit mit dem Hier und Jetzt können Klientinnen und Klienten eine Haltung der Achtsamkeit entwickeln.“ (Hammer/ Knuf 2013, 25). Um diese Achtsamkeit kontinuierlich im Alltag zu trainieren entstanden vielfältige gestalttherapeutische Übungen. (ebd.; Hartmann- Kottek 2012³, 25 f.).

In der Mitte des 20. Jahrhunderts nahm das allgemeine Interesse an Meditation und Spiritualität im therapeutischen Kontext zu. Insbesondere Thích Nhất Hạnh⁴, ein buddhistischer Mönch aus dem Vietnam, war an der Verbreitung der buddhistischen Lehren und somit auch der Achtsamkeit in westlichen Kreisen beteiligt. Er verfasste zahlreiche Texte, welche die buddhistische Praxis und Theorie mit Ergebnissen westlicher Forschungen verknüpft und machte sie somit für verschiedenste Religionen, Kulturen, Berufs- und Gesellschaftsschichten zugänglich. Er gestaltet seine spirituelle Praxis vor allem durch Geh- und Sitzmeditation, geführte Meditation, Achtsamkeitsübungen, sowie kommunikative und soziale Übungen. Diese Praxis wiederum hatte großen Einfluss auf die seit den 1960er Jahren entwickelten achtsamkeitsbasierten Ansätze für die Pädagogik, Psychologie und Medizin, wie beispielsweise MBSR oder MBCT (siehe Kapitel 2.4) (vgl. Erber 2011, 227 f.).

In verschiedenen Studien erfolgt seitdem die Untersuchung der Wirksamkeit achtsamer Behandlungs- und Therapiealternativen bei Stress und Burnout,

³ Friedrich Salomon “Fritz” Perls (* 8. Juli 1893 in Berlin; † 14. Mai 1971 in Chicago) war ein Psychiater und Psychotherapeut; Mitbegründer der Gestalttherapie.

⁴ Thích Nhất Hạnh (*11. Oktober 1926 in Thừa Thiên, Zentralvietnam) ist ein buddhistischer Mönch, Schriftsteller und Lyriker; Gründer der „Vereinigten Buddhistischen Kirche“ (1969); Mitbegründer des „Europäischen Institutes für angewandten Buddhismus“ (2007).

Depressionen, Emotionsregulation, psychische Störungen und Erkrankungen, Schmerz, Hauterkrankungen, Krebs, HIV, Geburtshilfe und Sucht. Dabei konnten bereits vielfältige positive Effekte verzeichnet werden. In den letzten Jahren, scheint das Konzept der Achtsamkeit immer stärkeres Interesse zu finden und regerecht „in Mode“ gekommen zu sein. Zahlreiche esoterische Ratgeber, Tipps zum Abnehmen durch Achtsamkeit oder aber Achtsamkeitsworkshops für Führungspersonen scheinen die Lösung für jedes Problem parat zu haben. Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass derartige Trainings nicht für jedermann geeignet sind und eine bewusste achtsame Lebenshaltung tiefergehend, als Ratschläge oder Tipps, eine intensive Auseinandersetzung mit dem Konzept und dem eigenen „Ich“ erfordern.

2.2 Definitionen

Um das Konzept der Achtsamkeit besser verstehen und nachvollziehen zu können sollen im Folgenden verschiedene Definitionen erläutert werden. Da bereits in den buddhistischen Traditionen unterschiedliche Auffassungen von Achtsamkeit vorherrschten, gibt es keine allgemein anerkannte Definition des Achtsamkeitskonzeptes. Die Definitionen sind außerdem abhängig vom Ziel der Anwendung bzw. den unterschiedlichen wissenschaftlichen Hintergründen der Anwender, weshalb die verschiedenen Definitionsversuche unterschiedliche Schwerpunkte setzen.

2.2.1 Allgemein

Trotz der Schwierigkeit, eine allgemeine Definition für das Achtsamkeitskonzept festzulegen, ist es im Wesentlichen aus vier grundlegenden Bausteinen zusammengesetzt. Wie in Abb. 2 zu sehen ist, gehört dazu die

Aufmerksamkeitslenkung, die Gegenwärtigkeit, die Akzeptanz des Erlebten und die Kultivierung eines „Inneren Beobachters“.

Die buddhistische Psychologie nimmt an, dass jedes Individuum in seiner eigenen Welt lebt. Diese wird durch die, in der Außen- und Innenwelt wahrgenommenen Aspekte konstruiert. *Die Lenkung der Aufmerksamkeit*, als erster Grundbaustein der Achtsamkeit, bestimmt dabei die Auswahl der Aspekte. Obgleich jeder Mensch die Fähigkeit besitzt, diese Lenkung bewusst und absichtsvoll zu steuern, ist sie allerdings höchst individuell und unterschiedlich ausgebildet bzw. trainiert. Meist läuft sie dennoch automatisch ab und muss sich erst bewusst gemacht werden. Die Aufmerksamkeitslenkung betrifft alles Erleben und die Wahrnehmung der Umgebung. Darauf bezogen erfolgt die Aufmerksamkeit klar und rein. Dabei geht es nicht darum sich auf ein bestimmtes Objekt zu konzentrieren, sondern es „bedeutet Offenheit für eine genaue Wahrnehmung der gegenwärtigen Erfahrung“ (Weiss/ Harrer/ Dietz 2010, 24) (vgl. ebd., 23 ff.; Weiss/ Harrer/ Dietz 2012, 22ff.).

Abbildung 2: Die vier essenziellen Bausteine der Achtsamkeit



Der zweite Baustein ist die *Gegenwärtigkeit*. Der Geist wandert meist zwischen den drei Abschnitten des Zeiterlebens- Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Dabei wird meist vergessen, dass nur der gegenwärtige Moment unmittelbar erlebt werden kann. Stattdessen wird sich an Erinnerungen aus der Vergangenheit und Zukunftsphantasien aufgehalten. Der Entwicklungspsychologe Stern (2005) benennt dieses erlebte unmittelbare Geschehen als „Gegenwartsmoment“. „Die gefühlte Erfahrung des Gegenwartsmomentes ist all das, dessen ich mir jetzt, während ich den Moment lebe, gewahr bin.“ (Stern 2005, 51). Es wird angestrebt, mit der ganzen Aufmerksamkeit in der Gegenwart zu verweilen, statt sich in Vergangenheit oder Zukunft zu verlieren, da nur diese unmittelbar erlebt werden kann. In diesem Sinne bedeutet Achtsamkeit auch Wertschätzung für jeden einzelnen Augenblick des Lebens (vgl. Weiss/ Harrer/ Dietz 2010⁴, 25 f.; Knuf 2013, 47 f.).

Die Akzeptanz ist eine Möglichkeit, den menschlichen Automatismen, welche laut buddhistischer Tradition dem Leiden zugrunde liegen, entgegenzuwirken. Durch das Akzeptieren der Dinge, so wie sie sind, kann den Tendenzen des Anhaftens, im Sinne von Gier und der Ablehnung bzw. dem Hass, entgegnet werden. Die Gewohnheit, zu beurteilen, zu kritisieren, zu loben und zu tadeln, führt zu einer ständigen Bewertung der eigenen Person und der Mitmenschen. Oftmals mündet dies in der Verurteilung oder Abwertung eines Individuums. Die Dinge zu akzeptieren, ist dabei allerdings nicht mit Resignation gleichzusetzen. Erfahrungen zu akzeptieren bedeutet nicht, diese gutzuheißen oder damit einverstanden zu sein, sondern anzunehmen, dass bestimmte Erfahrungen nicht gemocht oder auch abgelehnt werden, ohne diesen negativen Gefühlen eine Bedeutung zuzuschreiben. Oftmals führt nicht der Kampf gegen eine unangenehme Situation zu einer Veränderung, sondern das Annehmen und Akzeptieren von Tatsachen. Dabei soll nicht etwas Veränderbares ausgehalten werden, sondern viel mehr das Ankämpfen gegen etwas Unveränderliches unterlassen werden (vgl. Weiss/ Harrer/ Dietz 2010⁴, 26 f.; Weiss/ Harrer/ Dietz 2012, 28 f.).

Der vierte Baustein der Achtsamkeit ist der „*innere Beobachter*“. Dabei geht es darum, dass das Beobachtete ganz bewusst vom Beobachter zu trennen ist. Jene Instanz, die beobachtet, wird als „innerer Beobachter“ bezeichnet und ist als Bewusstseinszustand zu verstehen. Durch konsequentes, regelmäßiges Einnehmen dieser besonderen gegenwärtigen Beobachtungshaltung, wird diese Instanz immer weiter entwickelt. Die Differenzierung der Bewusstseinsinhalte vom Bewusstsein selbst, resultiert aus dem Vorhandensein des „inneren Beobachters“. Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen werden als solche erkannt und ein Abstand zu ihnen gewonnen, um sie hinterfragen zu können. Demnach bedeutet achtsamer Umgang mit Emotionen nicht, sich mit ihnen fortreißen zu lassen und sich mit ihnen zu identifizieren, sondern zu beobachten, wie sie kommen und gehen und sich auf das Konstante zu berufen, welches das Zentrum des eigenen Ich's ausmacht. Der Zustand des Beobachtens wird somit von innen heraus erforscht und führt zu einer Desidentifikation mit dem Beobachteten (vgl. Weiss/ Harrer/ Dietz 2010⁴, 27f.; Harrer/ Schmidt/ Weiss, 2 ff.).

Diese vier Bausteine der Achtsamkeit überlappen, verstärken und bedingen sich zum Teil gegenseitig. In den folgenden Definitionen werden einzelne dieser Komponenten aufgegriffen und in den Zusammenhang zum Achtsamkeitskonzept gesetzt.

2.2.2 Kabat- Zinn

Eine der meist verwendeten Definitionen des Begriffs stammt von dem Achtsamkeitsforscher und Therapeuten Jon Kabat- Zinn⁵ (1990). Laut seiner Erklärung ist Achtsamkeit eine bestimmte Form der Aufmerksamkeit, welche drei Aspekte umfasst:

1. Sie ist auf das *bewusste* Erleben des aktuellen Augenblicks gerichtet. Das umfasst alle Gedanken, Wahrnehmungen, Gefühle und Körperempfindungen im Hier und Jetzt. Man ist ganz da und erlebt den Moment bewusst ohne dabei in Tagträume oder Grübeleien zu verfallen. Das heißt, beim achtsamen Gehen, spürt man, wie die Füße abrollen. Man merkt, wie die Beine gehoben und gesenkt werden und welches Gefühl die Fußsohle bei der Bewegung hat. Dies ist durch gezieltes Training, wie beispielsweise Atemübungen erlernbar.
2. Achtsamkeit ist *absichtsvoll*. Sie wendet sich immer wieder dem gegenwärtigen Augenblick zu, was durch wiederholte und absichtsvolle Aufmerksamkeitslenkung geschieht. Statt unangenehme oder spezifische innere bzw. äußere Erlebnisse wahrzunehmen, werden wir unaufmerksam und triftten vom Gegenwärtigen in Erinnerungen oder Zukunftsfantasien ab. Um das Gegenwartserlebnis bewusst wahrzunehmen muss die Aufmerksamkeit immer wieder auf den Augenblick gelenkt werden. Geübt werden kann dies durch Atem- Achtsamkeitsübungen, bei denen bewusst auf das Abtriften geachtet wird und die Aufmerksamkeit wieder auf die Übung gelenkt wird. Statt in eine Art Autopilotenmodus zu geraten ist ein ständiges Besinnen auf den eigentlichen Moment erforderlich.
3. Es ist eine *nichtwertende* Haltung. Die Alltagswahrnehmung kategorisiert Wahrgenommenes automatisch und ist gekennzeichnet von Bewertungen. Im Rahmen der Achtsamkeitspraxis sollen solche Prozesse bewusst gemacht

⁵ Jon Kabat- Zinn (* 05. Juni 1944 in New York) ist Professor an der University of Massachusetts; unterrichtet Achtsamkeitsmeditation; etablierte Achtsamkeitspraxis in Medizin und Gesellschaft.

werden, um daraus auszusteigen. Dies soll verhindern durch Gedanken, Gefühle und Assoziationen vom gegenwärtigen Erleben abgelenkt zu werden. Folge dessen kann eine akzeptierende Haltung sein, welche geprägt ist von einer wertungsfreien Wahrnehmung.

Diese Definition löst den Begriff „Achtsamkeit“ aus dem religiös- spirituellen Kontext heraus und versteht ihn als klinisch- therapeutische Methode (vgl. Hammer/ Knuf 2013, 18 ff.; Heidenreich/ Michalak 2009³, 570 f.).

2.2.3 Brown und Ryan

Nach dem Verständnis von Kirk W. Brown & Richard M. Ryan (2003) werden Aufmerksamkeit und Gewahrsein, als Konnotationen von Achtsamkeit, unter dem Begriff Bewusstsein definiert. Dabei ist „Gewahrsein“ als Überwachungsinstanz des Bewusstseins zu verstehen, welches das innere und äußere Umfeld überwacht. Sie beschreiben Achtsamkeit als erhöhte Aufmerksamkeit und geschärftes Bewusstsein für aktuell Erlebtes oder Gegenwärtiges. Charakteristisch dafür ist „eine besondere Offenheit oder Empfänglichkeit des Gewahrseins und der Aufmerksamkeit“ (Brown/ Ryan 2003, 822). Die Achtsamkeit ist demnach nicht als religiöses Konzept zu betrachten, sondern beschreibt einen inhärenten Geisteszustand, der sich in den fundamentalen Bewusstseinsaktivitäten gründet (vgl. Germer/ Siegel/ Fulton 2009, 18 f.).

Die Autoren fassten Definitionen und Konzepte der verschiedenen buddhistischen Traditionen zusammen, um die Charakteristik des Konzeptes umfassender beschreiben zu können. Dazu gehört die *Klarheit des Bewusstseins*, welche innere und äußere Prozesse des jeweiligen Moments beinhaltet. Wahrnehmungen werden nur registriert, nicht aber bewertet, kategorisiert oder reflektiert, was die *konzeptfreie Natur* des Konstrukts ausmacht. Achtsamkeit ist gegenüber Konzentration, welche nur einen eingeschränkten Aufmerksamkeitsbereich besitzt, *flexibel*. Wer achtsam ist, kann demnach seine Aufmerksamkeit frei lenken und sogar die *Gesamtsituation* erkennen. Alle

Fakten einer Situation werden erfasst, ohne diese zu beurteilen. Somit kann Bewusstheit über eine Erfahrung erlangt werden. Dabei impliziert der Achtsamkeitszustand *Präsenz* im gegenwärtigen Moment. Der Neigung, in Erinnerungen zu schwelgen oder in Zukunftsträumereien zu flüchten, wird entgegengewirkt, um den jetzigen Moment und die stattfindende Realität vollkommen zu erfahren. Dieser Zustand und diese Art der Aufmerksamkeitslenkung wird von Brown & Ryan als *angeborene Kapazität* des menschlichen Organismus definiert (vgl. Brown/ Ryan/ Creswell 2007, 212 ff.).

Während diese Definition Achtsamkeit eher als Eigenschaft (*traits*) sieht, welche entwickelt werden kann, wird sie in der folgenden Definition nach Bishop et al. als Zustand (*states*) beschrieben, bestimmte Dinge zu tun.

2.2.4 Bishop et al.

In einem Konsensusverfahren entwickelten Forscher aus dem Achtsamkeitsbereich eine operationale Begriffsdefinition, welche das Zwei- Komponenten- Model von Bishop et al. (2004) zusammenfasst. Demnach beinhaltet Achtsamkeit zum einen die Selbstregulation der Aufmerksamkeit und zum anderen eine bestimmte Orientierung.

Die *Selbstregulation zur Aufmerksamkeit* dient dazu, diese auf die unmittelbare Erfahrung des gegenwärtigen Augenblicks zu richten. Durch die erhöhte Wachheit soll die konstante Wahrnehmung geistiger Vorgänge, wie Gedanken, Sinneseindrücke oder Gefühle, im gegenwärtigen Moment erfolgen. Dabei soll die Präsenz in der Gegenwart bewusst beibehalten werden, indem der Wechsel von der Aufmerksamkeit zurück zur gegenwärtigen Erfahrung gelenkt wird. Dies alles geschieht, ohne elaborative Prozesse oder Identifikation mit dem Erlebten zuzulassen. Somit kann die Aufmerksamkeit auf die unmittelbar ablaufenden Prozesse gerichtet werden, ohne sich gedanklich zu verstricken (vgl. Möhle 2011, 76 f.; Michalak/ Heidenreich/ Williams 2012, 7f.).

Die *bestimmte Orientierung* der Achtsamkeit impliziert eine besondere Einstellung gegenüber der eigenen gegenwärtigen Erfahrung. Sie ist gekennzeichnet von Neugier, Offenheit und Akzeptanz und impliziert somit eine nicht- wertende und annehmende, innere Haltung (ebd.).

Diese Definition von Bishop et al. überschneidet sich in einigen Punkten mit der Auffassung nach Kabat- Zinn, ist aber insgesamt prozesshafter ausgerichtet.

2.3 Achtsamkeit als Haltung

Die Haltung kann definiert werden, „als etwas ‚Intrinsisches‘, das von persönlichen inneren Werten, Lebenserfahrungen, Grundüberzeugungen, Gefühlen und Zielen bestimmt ist“ (Knuf 2013, 45). Somit ist sie als eine innere Grundeinstellung zu sehen, die das Denken und Handeln bestimmt. Im Folgenden soll erläutert werden, inwiefern eine achtsame Haltung im alltäglichen und spezifischer im therapeutischen Kontext praktiziert werden kann und wie sie sich äußert.

2.3.1 Achtsamkeit im Alltag

Der Begriff „Achtsamkeit“ ist vielen Menschen im Alltag nicht allzu geläufig oder wird schnell in Zusammenhang mit fernöstlichen Religionspraktiken und Meditationsmethoden gebracht. Dabei kann die Bedeutung der Achtsamkeit aus dem Buddhismus auch heruntergebrochen werden auf unseren Alltag, den Umgang mit dem eigenen Selbst und den Mitmenschen und dem Leben im Allgemeinen. „Genau betrachtet ist es so, dass die Welt um vieles freundlicher und weniger problemhaft aussähe, wenn jeder Mensch sich dazu entscheiden könnte, sein Leben mit Achtsamkeit zu leben. Allein schon das eigene, ganz persönliche Leben gewinnt durch Achtsamkeit an Tiefe und Lebendigkeit, fühlt sich kraftvoller, farbiger, intensiver an.

Außerdem sind wir weniger gestresst. Auch das menschliche Miteinander wird reicher und die Wertschätzung der gesamten Mit- und Umwelt gegenüber größer.“ (Scheftschik 2014, unpag.).

Achtsamkeit, als innere Haltung, kann das Gefühl für uns selbst und viele alltägliche Situationen ändern. Dabei braucht es Innehalten und Langsamkeit zur Entfaltung. Ein immer höheres Lebenstempo, Multitasking und Zeitdruck in allen Lebensbereichen, scheint in der heutigen Zeit allerdings einer achtsamen Lebenshaltung eher zu widersprechen. Dabei bedeutet Achtsamkeit sich zunächst des Tempos, mit welchem wir in unserem Leben unterwegs sind, bewusst zu werden. Sie im Alltag zu praktizieren ist insbesondere dann schwierig, wenn man vielen Inputs ausgesetzt ist, welche Handlungen und Entscheidungen verlangen. Allerdings fördert eine achtsame Haltung schließlich die dafür nötige Entschleunigungskompetenz, welche einen großen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden eines jeden Menschen hat. Dabei ist es „unter anderem die Sehnsucht aus den Automatismen auszusteigen, innezuhalten und das Leben zu entschleunigen, welche die Achtsamkeit heutzutage so aktuell und dringlich macht.“ (Harrer 2013a, unpag.). Somit wirkt eine achtsame Haltung entgegen dem Funktionieren unseres Alltagsbewusstseins.

Sie hilft außerdem, die Dinge klarer wahrzunehmen und mit dem „inneren Beobachter“ zuerst einmal Situationen anzuschauen, bevor Entscheidungen getroffen oder Handlungen ausgeführt werden. Die Intuition wird gestärkt, indem die Gefühle, welche in bestimmten Situationen aufkommen, wahrgenommen werden. Dies kann auch beim Aufeinandertreffen mit anderen Menschen bereichernd und hilfreich sein. Entgegen dem Automatismus, vorschnell zu beurteilen, wird versucht wertungsfrei auf Neues zuzugehen. Es wird Raum gegeben, Personen und Situationen anzunehmen und mit allen Facetten wahrzunehmen, wodurch ein ganzheitlicheres und wahrhaftigeres Bild entstehen kann. Dabei spielen auch immer die eigenen Gefühle und Empfindungen eine wichtige Rolle, welche gleichberechtigt auf dieselbe Art und Weise beobachtet und angenommen werden, wie jene des Gegenübers (vgl. Scheftschik 2014, unpag.)

Natürlich reicht es nicht aus, sich lediglich vorzunehmen, sein Leben achtsamer zu gestalten. Obgleich es Menschen gibt, die intuitiv achtsamer mit Situationen umgehen und welche bewusster in der Gegenwart leben, als andere, bedarf es viel Übung, um

diese Haltung tatsächlich und umfassend zu verinnerlichen. Zunächst wird dabei meist festgestellt, wie unruhig und abgelenkt der Geist oftmals ist. Bereits bei einfachen Übungen, wie beispielsweise der Fokussierung auf das Atmen, fällt es teils schwer die Aufmerksamkeit bewusst auf diesem Objekt ruhen zu lassen. Das Wahrnehmen der Gegenwart, so wie sie ist, benötigt ein fortwährendes Bemühen und Trainieren. Auch das Verrichten alltäglicher Tätigkeiten, wie Treppensteigen, Bügeln oder Kochen kann mit einer inneren Präsenz und Wachheit geschehen. Somit können bestimmte Gedanken aufgeworfen werden, welche die Lebenseinstellung und die eigene Präsenz im Leben hinterfragen. Die Erfahrung, bei sich selbst zu sein und nicht im Autopilotmodus zu agieren, kann dabei mit der Zeit eine innere Festigkeit und Stabilität bewirken (vgl. Lehrhaupt/ Meibert 2010³, 68 ff.).

Achtsamkeitspraxis im Alltag zielt im Allgemein auf eine Weitung und neue Sichtweise auf das Alltagsbewusstsein ab. Eine achtsame Haltung kann hilfreich beim Umgang mit negativen Gedanken, Gefühlen, beim Tun und Sein oder in Beziehungen zu den Mitmenschen sein. Dabei fährt Achtsamkeit insgesamt den Stress herunter und ermöglicht uns Momente innerer Ruhe. Das intensive Erleben führt zu einer nachsichtigen und gelasseneren Lebenseinstellung und somit zu einem ausgeglichenen Gefühl mit sich selbst.

2.3.2 Therapeutische Haltung

Die therapeutische Haltung, beschreibt die Art und Weise, mit der ein Therapeut seine Rolle in der Therapie einnimmt und mit welcher von außen erkennbaren Einstellung er seinen Klienten gegenüber tritt. Laut Grawe et al. (1994) leistet die Haltung des Therapeuten, unabhängig von der Krankheitssymptomatik oder der Therapiemethode, einen fundamentalen Beitrag für einen erfolgreichen Therapieverlauf (vgl. Dobe/ Kriszio/ Zernikow 2013, 68).

Siegel (2012) definiert vier zentrale Aspekte der achtsamen Haltung. Dazu gehören Neugierde, Offenheit, Annahme und Liebe. Diese Elemente werden von Knuf (2013),

bezogen auf die sozialpädagogische und psychologische Praxis, in fünf zentrale Elemente integriert (vgl. Knuf 2013, 47- 57):

❖ *Gegenwärtig sein:* Gelegentlich ist auch der Therapeut beim Kontakt mit dem Klienten nicht immer wirklich bei diesem, sondern driftet gedanklich zu anderen Aufgaben, Klienten oder Themen ab. Dabei nehmen Klienten, meist feinfühlig, die Aufmerksamkeit und Gegenwärtigkeit des Therapeuten wahr. Die Eile, welche in fast allen Lebensbereichen spürbar ist, schlägt sich auch in der sozialpädagogischen und psychologischen Arbeit nieder. Immer mehr Aufgaben müssen erledigt werden und der Zeitrahmen für eine Therapiesitzung ist streng bemessen. Dieser Zeitdruck allerdings, ist als „Präsenzkiller“ zu sehen. Dabei kann insbesondere diese präsente und ungeteilte Aufmerksamkeit eine heilsame Erfahrung für den Klienten sein. Eine Untersuchung von Geller & Greenberg (2002) berichtet, dass Therapeuten mit einer gegenwärtigen Präsenz, spezifische Qualitäten in ihrer Arbeit verbinden. Sie empfinden Wachheit, sowie eine intensivere Empfindungs- und Wahrnehmungsfähigkeit. Der gefühlte Zeitdruck nimmt ab und der Zustand wird als energetisch empfunden (vgl. Weiss/ Harrer/ Dietz 2010⁴, 239; Geller/ Greenberg 2002, 80 ff.).

❖ *Akzeptanz und Annahme:* Eng verflochten mit der Gegenwärtigkeit ist die Akzeptanz, also der Gedanke des Nichtbewertens. Gerade in Krisen- oder Krankheitssituationen ist das Gefühl wichtig, sich vom Umfeld angenommen zu fühlen. Vor der Grundannahme, dass es eine tiefe Sehnsucht in jedem Menschen ist, so akzeptiert und angenommen zu werden, wie man ist, kann die Annahme durch den Therapeuten eine kraftvolle Energie sein, welche Veränderungen fördert. In jeder therapeutischen Haltung sollte Akzeptanz und Wertschätzung, als wichtiges Grundelement, verankert sein. Die Realität allerdings zeigt, dass jeder negative Gefühle und innere Beurteilungen haben kann, auch der Therapeut. Oftmals wird sich zwar bemüht wertschätzend und akzeptierend zu arbeiten, aber wenn dies nicht im Einklang mit der inneren Einstellung geschieht, mündet der Versuch meist nur darin, den Impuls der

Beurteilung zu unterdrücken. Lauber et al. (2006) stellten fest, dass die Stigmaneigung professionell Tätiger im psychiatrischen Bereich nicht geringer ist, als bei der Allgemeinheit. Auch neigen Tätige im psychosozialen Bereich dazu, psychische Eigenheiten, vorschnell als krank zu interpretieren. Solche Einstellungen gegenüber den Klienten können nicht nur durch den Vorsatz, akzeptierend zu sein, geändert werden. Es müssen tiefgehende Veränderungsprozesse geschehen, um dem Klienten nichtwertend gegenüber zu treten. Dies kann auch hilfreich sein, um eigene Grenzen zu verstehen und zu akzeptieren und diesen, eine höhere Toleranz entgegen zu bringen (vgl. Weiss/ Harrer/ Dietz 2010⁴, 239).

- ❖ *Mitgefühl, Empathie und Liebe:* Im sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich, wird dem Einhalten einer angemessenen Distanz zum Klienten, eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Dementsprechend werden Begriffe, wie Mitgefühl oder Liebe, eher als unangemessen und unprofessionell verstanden. Im Gegenteil dazu versuchen sich Therapeuten oftmals von ihren Klienten abzugrenzen, um gerade das Mitfühlen zu verhindern. Die Gefühlswelt der Klienten ist von unangenehmen Emotionen geprägt. Um sich auf das Mitfühlen einzulassen, ohne selbst in negative Gefühle abzudriften, benötigt der Therapeut viel inneren Raum. Aber gerade jenes therapeutische Fachpersonal, welches mitfühlend und empathisch eingeschätzt wird, ist für den Klienten besonders helfend und unterstützend. Die Praxis der Achtsamkeitsmeditation fördert prosoziales Verhalten und unterstützt die gezielte Entwicklung von Mitgefühl. Dabei ist der achtsame Therapeut in der Lage, Perspektivwechsel und Rollenübernahmen als mitfühlende Komponenten, zu leisten. Die Erkenntnis, dass Leid universell ist und auf jeden Menschen zukommt, sowie die Reflexion von Gemeinsamkeiten mit dem Klienten, helfen dem Therapeuten sich nicht vom Klienten abzugrenzen. Empathie ist dabei als Vorstufe zu echtem Mitgefühl zu sehen und kann durch verschiedene Übungen und Reflexion zu einer mitfühlenden Einstellung weiterentwickelt werden. Allerdings ist zunächst Selbstmitgefühl und ein liebevoller, annehmender Umgang mit sich selbst die Grundlage, um

auch anderen Menschen Mitgefühl entgegenbringen zu können (vgl. DeLeo 2013, 252 f.).

- ❖ *Sein- Modus*: Bestandteil einer achtsamen Haltung ist auch die Absichtslosigkeit bei der Wahrnehmung von Situationen, Gefühlen und Empfindungen. Dieser Zustand, wahrzunehmen ohne sofort etwas verändern zu wollen, wird als Sein- Modus bezeichnet. Dem gegenüber steht der Tun-Modus, welcher in der Gesellschaft weit verbreitet ist. In diesem fällt es schwer die Gegenwärtigkeit anzunehmen, so wie sie ist. Der ständige Drang, nach Veränderung und Handeln entsteht aus dem Gefühl heraus, dass das Nichtstun und Sein im Gegenwärtigen, abgelehnt werden muss und unangenehm ist. Entgegen dem Sein- Modus stehen Anstrengung, Zielorientierung und kritisches Beurteilungen, welche oft zu Unruhe oder sogar Burnout führen. Begriffe, wie „lösungsorientiert“ oder „handlungsorientiert“, welche im therapeutischen Setting selbstverständlich sind, implizieren bereits den Drang nach ständiger Veränderung. Im Umgang mit dem Klienten findet seltener ein „Mit- Sein“ statt. Dabei ist insbesondere im sozialpsychiatrischen Bereich, die Bedeutung dieser Haltung erkannt worden und ist beispielsweise im *Soteria*- oder *Windhorse*- Ansatz ein zentrales Unterstützungselement. Der Sein-Modus darf allerdings keinesfalls mit Passivität verwechselt werden. Auch hier kann man aktiv werden, was allerdings nicht zwanghaft oder geplant erfolgen soll, sondern kreativ und unvorhersehbar. Der Therapeut kann somit auch die Grenzen des Handelns erkennen und kann eher akzeptieren, dass nichts erzwungen werden kann. Nicht immer ist das Verweilen im Sein- Modus leicht. Es kann geschehen, dass Therapeut und Klient sich gerade in schwierigen Situationen mit Gefühlen, wie Verzweiflung oder Hilflosigkeit, auseinandersetzen müssen. Gerade deshalb ist es so schwer bestimmte Situationen zu akzeptieren, wie sie sind und es geschieht eine Flucht in den Tun-Modus. Dabei wird keine Einseitigkeit des Bewusstseinsmodus angestrebt, vielmehr stellt der Sein- Modus die Basis für das Tun dar, indem jenen Impuls zur Handlung Zeit gegeben wird und bewusst ist (vgl. Michalak/ Heidenreich/ Williams 2012, 19f.).

- ❖ *Offenheit und Anfängergeist*: Aus der Präsenz und der direkten Wahrnehmung in der Gegenwart, resultiert eine Offenheit gegenüber jenem, was im gegenwärtigen Moment geschieht. Im Buddhismus wird die Fähigkeit, dem Wahrgenommenen gegenüber offen und neugierig zu sein, als „Anfängergeist“ bezeichnet. Die Erfahrung des Moments wird jedes Mal, als etwas Neues und Frisches betrachtet, ohne dass kategorisiert oder bewertet wird. Der Vorsatz, im „Anfängergeist“ zu agieren, reicht, wie bei allen Aspekten der Achtsamkeit, nicht aus. Bei Tätigen im psychosozialen Bereich findet sich oftmals die Neigung, eine wissende, vorwegnehmende Haltung einzunehmen. Das aus Erfahrungen resultierende Wissen hindert daran, dem Klienten offen und neugierig gegenüberzustehen und auf dessen innere Ressourcen zu vertrauen. Um diese offene Haltung zu unterstützen hilft es beispielsweise Krankenakten erst nach dem gegenseitigen Kennenlernen zu lesen oder vom „Anfängergeist“ unerfahrener und jüngerer Mitarbeiter zu profitieren. Auch diesen Aspekt kann man mithilfe von Meditation üben, um den Autopilotmodus zu verlassen und sich auf Neues einlassen zu können (vgl. Schneider, unpag.).

Diese fünf Elemente der achtsamen Haltung im therapeutischen Kontext sind nicht starr voneinander trennbar, sondern eng miteinander verbunden. Auch wenn die Aspekte einzeln voneinander betrachtet werden können, so machen sie doch in ihrer Gesamtheit eine achtsame Haltung aus. Diese ist nicht allein durch den Vorsatz, eine solche Haltung einzunehmen, zu verwirklichen. Vielmehr geht es dabei um eine Grundeinstellung des Therapeuten, die beeinflusst, wie er andere und die Welt allgemein wahrnimmt. Um diese achtsame Grundeinstellung zu erlangen braucht es eine regelmäßige Übungspraxis und die daraus resultierende Erfahrung. Inzwischen wird Achtsamkeit vereinzelt auch in Ausbildungen, Weiterbildung, Supervision und Teamentwicklung integriert. Um allerdings Achtsamkeit zu verinnerlichen braucht es einer regelmäßigen Achtsamkeitspraxis und auch eine solche Grundhaltung im Privatleben (vgl. Knuf 2013, 59 f.).

2.4 Achtsamkeitsbasierte und –informierte Verfahren

Um einen Einblick in die Möglichkeiten der Integration der Achtsamkeit in den therapeutischen Bereich zu erlangen, sollen nachfolgend verschiedene achtsamkeitsbasierte Verfahren und deren Umsetzung vorgestellt werden. Insbesondere MBSR und MBCT, als bekannte und verbreitete Verfahren, welche sich maßgeblich auf Achtsamkeit als Therapieprinzip stützen, werden hierbei erläutert. Letztlich werden noch einige achtsamkeitsinformierte Verfahren vorgestellt, welchen das Konzept in einen multimodalen Behandlungsrahmen integrieren.

2.4.1 Mindfulness- Based Stress Reduction (MBSR)

Stressbedingte Krankheiten wie beispielsweise Burnout, sind in der Gegenwart weit verbreitete Erkrankungen. Dabei sind insbesondere auch die Fachkräfte helfender Berufe davon betroffen. Um dem mithilfe von Achtsamkeit entgegen zu wirken entwickelte Jon Kabat- Zinn in den 1970er Jahren das Trainingsprogramm zur Stressbewältigung (*MBSR*).

Dabei handelt es sich um eine Selbsthilfemethode, welche der regelmäßigen Achtsamkeitspraxis eine wichtige Bedeutung zuschreibt. Diese soll im Zusammenhang mit Stress helfen, sich wieder auf das Gegenwärtige, in dem man sich befindet, zu berufen und zu Erkennen von welchen Antrieben oder Gewohnheiten man sich leiten lässt. Der Mensch soll nicht nur wieder einen klaren Blick auf die Situation erlangen, sondern auch erkennen, dass man selbst die Möglichkeiten und Fähigkeiten hat, einzugreifen und Entscheidungen zu treffen. Dabei sind die Ziele, Einsicht zu erlangen, eine stärkere Selbstverantwortlichkeit zu erfahren und in Gestalt einer nicht-wertenden Haltung freundlich zu sich selbst zu sein. Wichtig ist die Erkenntnis, dass es nicht die Situation ist, die Stress verursacht, sondern die Art und Weise, wie darauf reagiert wird. Die damit einhergehende Haltung kann dabei helfen mit stressigen Situationen konstruktiver umzugehen (vgl. Lehrhaupt 2011², 210 f.).

In dem Stressreduktionstraining soll die differenzierte Wahrnehmung trainiert werden, um zu erkennen, wann man sich in einem unachtsamen, angespannten Zustand befindet. Weiterhin wird, eine akzeptierende Haltung sich selbst gegenüber eingenommen. Man nimmt die Reaktion auf die eigene Person klarer wahr und somit auch den oftmals selbstverurteilenden Umgang mit sich selbst. Durch das Training kommt man mit Teilen des Selbst in Kontakt, welche oft vergraben sind unter jenen, welche der Notwendigkeit zu funktionieren folgen. Teilnehmer des MBSR- Trainings beschreiben dieses deshalb oft als „Heimkehr“ zum eigenen Selbst (ebd, 212).

Üblicherweise wird das Training in einem intensiven, acht- wöchigem Kurs durchgeführt, zu je acht Sitzungen mit einem Zeitrahmen von zweieinhalb bis drei Stunden. Dabei bilden den Kern des Programms die „formellen“ Achtsamkeitsübungen: traditionelle Sitzmeditation bzw. Gehmeditation, sanfte und achtsame Körperarbeit und der Body- Scan.

Meditation im Sinne der Achtsamkeitspraxis hat das Ziel, ein wertfreies Herangehen an Gedanken und Gefühle zu üben, sowie mehr Wachheit und Klarheit zu erlangen. Der Umgang mit dem eigenen Körper zeigt oftmals, wie auch dem Leben begegnet wird d.h. eine bewusste Stabilisierung der Körperhaltung soll auch dabei helfen, die innere Gefühlswelt zu stabilisieren. Die Sitz- bzw. Gehmeditation ist demnach körperliche und geistige Übung zugleich. Die eingenommene Haltung signalisiert dem Geist Wachheit und Präsenz und somit Voraussetzung, um achtsam und bewusst das wahrzunehmen, was während der Meditation im Inneren geschieht. Dabei gibt es keine genaue Vorlage, wie diese Meditation ausgeführt werden soll, sondern hängt davon ab, in welcher Position und welchem Zustand jeder Einzelne zur Ruhe kommen kann (vgl. Lehrhaupt 2012, unpag.).

Zur achtsamen Körperarbeit können bestimmte Yoga-, Tai Chi- oder Qi Gong- Übungen zählen. Diese helfen, in einen tieferen Kontakt zum eigenen Körper zu treten und werden verbunden mit verschiedenen Lebensthemen, wie beispielsweise der Fähigkeit Grenzen zu spüren, zu setzen oder zu erweitern. Bei den Übungen werden Empfindungen erkannt und auch angenommen. Dabei können beispielsweise durch Muskelanspannungen in den Übungen ganz verschiedene Wahrnehmungen auftauchen. So kann ein entspanntes Gefühl entstehen oder aber auch schmerzhaftes Verspannungen, welche Lehren mit solchen Situationen umzugehen und die Grenzen

zu erkennen. Man erfährt, wie komplex, empfindlich und fühlend der eigene Körper sein kann und wie sich dieser permanent verändert. Dieses Bewusstsein dem eigenen Körper gegenüber, kann dazu führen ihn liebevoller und achtsamer anzunehmen (vgl. ebd; Lehrhaupt/ Meibert 2010³, 91 ff.).

Der Body- Scan verfolgt ähnliche Ziele, wie die achtsame Körperarbeit, indem man den eigenen Körper achtsam wahrnimmt und erfährt. Dabei wandert man durch verschiedene Regionen des Körpers und versucht deren Empfindungen mit einer wachen, annehmenden Haltung zu erkunden. Es sollen nicht bestimmte Dinge gefühlt oder nicht gefühlt werden, sondern genau das wahrgenommen werden, was gegenwärtig ist. Systematisch erfolgt eine „Reise“ durch den gesamten Körper, wobei alles wahrgenommen wird, egal ob es angenehme oder unangenehme Empfindungen sind. Die verschiedenen Arten der Empfindung werden gleichermaßen beobachtet und entgegen dem normalen Reaktionsmuster, Unangenehmes abzuwenden und Angenehmes zu verstärken, ohne Bewertung wahrgenommen. Da die Körperempfindungen oft mit Gedanken und Emotionen einhergehen, kann die Einheit des Körpers, dessen Zusammenhänge und die Tiefe erkannt werden. Dies ermöglicht, zunehmend wach und präsent zu sein und alle Facetten des Lebens gleichermaßen wahrzunehmen, ob angenehm oder unangenehm (vgl. Anderssen- Reuster 2013, 28 ff.; Lehrhaupt/ Meibert 2010³, 72 ff.).

Neben diesen „formellen“ Einheiten beinhaltet das Training auch „informelle“ Übungen, welche zu Hause durchgeführt werden. Dabei wird Achtsamkeitsmeditation bei alltäglichen Situationen, wie beispielsweise Essen, Staubwischen, Duschen, etc., praktiziert. Diese Übungen haben die Funktion des Transfers von Erlerntem in den Alltag. Nur dadurch kann Achtsamkeit zum Lebensstil und zu einer inneren Haltung werden (vgl. Lehrhaupt 2011², 213).

Mehrere Untersuchungen zur Wirksamkeit des MBSR- Trainings (z.B. Baer 2003; Bishop 2002; Grossmann et al. 2006) haben herausgearbeitet, dass es zu einem besseren Zugang, zum körperlichem und emotionalem Erleben, effektiverer Bewältigung von Stresssituationen, wachsendem Selbstvertrauen und Akzeptanz, mehr Kontrolle und Abgrenzungsfähigkeit, sowie einer erhöhten Vitalität und mehr Lebensfreude führen kann. Dabei ist MBSR eine wissenschaftlich anerkannte und sehr wirksame Methode, um Stress und Schmerzen mithilfe von Achtsamkeitsmeditation

abzubauen. Das MBSR Programm wird mittlerweile in über 500 Kliniken und Gesundheitszentren weltweit unterrichtet und auch in sozialen Einrichtungen und sogar Unternehmen angewandt (Lehrhaupt 2011², 215).

2.4.2 Mindfulness- Based Cognitive Therapy (MBCT)

Depressive Störungen gehören, laut der Gesundheitsberichterstattung des Robert-Koch- Instituts, zu den verbreitetsten Erkrankungen. Ungefähr 19 Prozent aller Frauen und Männer zwischen 18 und 65 Jahren erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Depression. Bis zu 85 Prozent der Betroffenen erleiden dabei ein oder mehrere Rückfälle. Im Rahmen der MBCT entwickelten Segal, Williams und Teasdale (2008) eine achtsamkeitsbasierte Rückfallprophylaxe bei depressiven Störungen. Diese achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie basiert auf dem MBSR, welches um kognitiv-verhaltenstherapeutische Inhalte erweitert wurde, die auf depressive Patienten zugeschnitten sind (vgl. RKI 2010, 18 f.; Kempermann et al. 2008; 1f.).

Für das Rückfallgeschehen bei depressiven Erkrankungen, scheinen insbesondere zwei Prozesse verantwortlich zu sein. Zum einen ist es die leichte Aktivierbarkeit negativer Kognitionen, Erinnerungen und Grundannahmen. Negative Gedankenmuster werden demnach bei ehemals Depressiven besonders leicht durch negative Stimmungen ausgelöst. Zum anderen werden diese Gedankenmuster auf eine grüblerische Art und Weise verarbeitet. Dabei grübeln die Rückfälligen über die möglichen Ursachen und Folgen depressiver Verstimmungen und lenken dabei ihren Fokus auf die eigenen Unzulänglichkeiten und Probleme. (vgl. Michalak/ Meibert/ Heidenreich 2013, 279 f.).

Im Rahmen der MBCT spielen, wie auch bei der MBSR, das Akzeptieren, wertfreie Wahrnehmen und der klare Blick auf das Gegenwärtige eine wichtige Rolle. Die Klienten lernen den Fokus auf ihren Körper zu richten und diesen achtsam wahrzunehmen. Eine akzeptierende Haltung soll erlernt werden, um Gedanken und Gefühle nicht negativ zu bewerten. Dadurch wird ein neutraler Umgang mit Gedanken erlernt und der effektive Umgang mit negativen Gefühlen gefestigt. Laut Segal et al.

(2008) ist insbesondere die „Änderung der Haltung, die eine Person gegenüber ihren Gedanken, Bildern und Erinnerungen einnehme, als entscheidend für die Deeskalierung der Depressionsspirale anzunehmen.“ (ebd, 282). Eine achtsame Haltung kann somit die Nicht- Identifizierung mit Erlebnisinhalten und eine Ausrichtung auf die Erfahrung im Hier und Jetzt bewirken. Fähigkeiten, wie Vertrauen, Geduld und Akzeptanz sollen dabei helfen, aus den negativen Gedanken auszusteigen und auf den Umgang mit diesen vorbereitet zu sein (vgl. Weiss/ Michalak/ Dietz 2010⁴, 47 ff.).

Das Programm wird in acht zweieinhalbstündigen Sitzungen durchgeführt, wobei sich die Klienten bereit erklären sollten, auch im Alltag mindesten 45- minütige „formelle“ Achtsamkeitsübungen durchzuführen. Im Jahr, nach dem Ende des Programms, finden weitere vier Sitzungen statt, um sich erneut in der Achtsamkeit zu üben und über die Erfahrungen sprechen zu können (vgl. Michalak/ Meibert/ Heidenreich 2013, 283).

In einer Studie von Ma & Teasdale (2004) wird gezeigt, dass MBCT bei Klienten, mit drei oder mehr vorangegangenen depressiven Episoden, prophylaktisch sehr wirksam sein kann. Dabei werden nachweislich Angst und Depressionen reduziert. Sogar bei therapieresistenten Fällen mit akuten Depressionen, lässt sich nach einer Untersuchung von Kenny & Williams (2006), eine Verbesserung der Symptome beobachten. Die Klienten lernen insgesamt den Umgang mit dem Rückfallrisiko, können Warnsignale besser erkennen und Reaktionen auf der Verhaltensebene bearbeiten. (vgl. Weiss/ Michalak/ Dietz 2010⁴, 246).

2.4.3 Weitere achtsamkeitsbasierte und -informierte Ansätze

Neben den beiden bekannten achtsamkeitsbasierenden Verfahren MBSR und MBCT gibt es noch weitere Methoden und Ansätze, welche sich der Inhalte des Achtsamkeitskonzeptes bedienen.

So wurde von Bowen, Chawla & Marlatt (2012) das MBRP- Programm (*Mindfulness-Based Relapse Prevention*) entwickelt, welches in seinen Grundzügen sehr der MBSR

ähnelt. Es handelt sich dabei um ein ambulant Nachsorgeprogramm für Klienten, welche bereits eine Behandlung wegen ihrer Substanzabhängigkeit abgeschlossen haben. Der Schwerpunkt wird dabei auf das eigene, unmittelbare Erleben gelegt. Grund dafür ist die Annahme, dass das Nicht- Akzeptieren des aktuell nüchternen Zustandes, ein wesentliches Merkmal abhängigen Verhaltens ausmacht. Es erfolgt eine Ablehnung des Hier- und Jetzt- Erlebens, weshalb die Differenzierung der unmittelbaren Erfahrung und der kognitiven Bewertungsprozesse des Erlebten eine wichtige Rolle spielen. In acht Sitzungen werden bei der MBRP Prinzipien der Achtsamkeit, mit ausgewählten kognitiv- verhaltenstherapeutischen Methoden, angewendet. Für den Effekt des Programmes existieren noch keine kontrollierten Studien, allerdings können Pilot- und Vergleichsstudien (Brewer et al. 2009; Zgierska et al. 2008) bisher eine gute Akzeptanz des Programmes zeigen und geben Anlass anzunehmen, dass eine zusätzliche Wirksamkeit durch MBRP erzielt werden kann (vgl. Kreh 2013, 187- 204).

Ein neuerer Ansatz in der Verhaltenstherapie, welche auf Achtsamkeit und Akzeptanz basiert, ist die *Akzeptanz- und Commitmenttherapie*. Diese Therapieform kann nachweislich bei generalisierten Angststörungen, Zwangsstörungen und posttraumatischer Belastungsstörungen wirksam sein und wird mittlerweile bei einer Reihe von Störungen angewandt. Dabei verfolgt ACT zwei Ziele. Zum einen soll die Akzeptanz problematischer, nicht- hilfreicher Gedanken und Gefühle gefördert werden und zum anderen sollen Commitment (Selbstverpflichtungen/ Handlungsabsichten) und Handeln, auf die von der Person selbst gewählten Werte des Lebens gerichtet werden. Eine große Rolle bei der Behandlung der Patienten spielen demnach folgende Faktoren: das Annehmen unangenehmer Gefühle und Gedanken sowie die Kontrolle aversiver innerer Erlebnisse. Dabei wird an den dysfunktionalen Gedanken gearbeitet, ohne deren Inhalt verändern zu wollen. Der Therapeut bedient sich bei seiner Arbeit zum einen buddhistischer Meditationspraxen und zum anderen Methoden unterschiedlicher Schulen u.a. der Gestalttherapie (vgl. Eifert 2013, 82- 86).

Auch in der *Dialektisch- Behavioralen Therapie* nach Linehan (1987) lässt sich Achtsamkeit als Bestandteil finden. Diese wurde ursprünglich für Frauen mit Borderline- Persönlichkeitsstörung konzipiert, wurde aber mittlerweile auch für Jugendliche adaptiert und auf andere Störungen angewendet. Dabei ist die

Grundannahme, dass einer Borderline- Störung eine dysfunktionale Emotionsregulation zugrunde liegt. Deshalb spielt zum einen das aufmerksame Erleben von Gefühlen und zum anderen die Regulation und Kontrolle dieser, eine wichtige Rolle in der Therapie. Zentraler Bestandteil der DBT ist dabei das Erlernen von Skills, welche der Selbstregulation dienen und auf die im Alltag zurückgegriffen werden kann. Die Patienten sollen Gefühle beschreiben, beobachten und deren Auswirkungen verstehen lernen. Ziel ist es die emotionale Verwundbarkeit und das emotionale Leiden zu verringern, um Raum für positive Gefühle zu schaffen. Im Sinne einer achtsamen Haltung soll deshalb beispielsweise über Gefühlsprotokolle, die gegenwärtige Situation festgehalten und beobachtet werden. Im Vergleich zu herkömmlichen Therapien, konnte DBT wirksamere Ergebnisse erzielen. So zeigt sich beispielsweise bei einer Behandlung im Rahmen der DBT weniger parasuizidales und impulsives Verhalten (Bosh et al. 2005; Linehan et al. 2006) (vgl. Mayer- Bruns , 156 fff.).

Studien, welche die Wirksamkeit der achtsamkeitsbasierten und –informierten Verfahren behandeln zeigen durchaus positive Ergebnisse (u.a. Christensen et al, 2006; Davidson et al., 2003; Grossmann et al. 2007; Mackenzie et al., 2006). Dabei findet Achtsamkeit, als Methode, immer mehr Anwendungsbereiche und Möglichkeiten, wirksam eingesetzt zu werden.

3 Beziehungsqualität im therapeutischen Prozess

Die folgenden Kapitel sollen darstellen, wodurch die Beziehung zwischen Therapeuten und Klienten gekennzeichnet ist. Dazu werden die Besonderheiten dieser spezifischen Beziehung erläutert und die relevanten Schlüsselkonzepte im therapeutischen Setting geklärt. Um die Bedeutung für den Therapieverlauf verstehen zu können, werden letztlich empirische Forschungsergebnisse der vergangenen Jahrzehnte hinzugezogen, welche den Einfluss der Therapeuten- Klienten- Beziehung auf den Therapieerfolg behandeln.

3.1 Charakteristika der Therapeuten- Klienten- Beziehung

Betrachtet man das Konstrukt „Beziehung“, so impliziert dies automatisch eine Interaktion zwischen zwei oder mehr Personen. Dabei handelt es sich um eine ganze Reihe von wechselseitigem Aufeinandereinfließen, welche über die Zeit stattfinden. Dies impliziert engere Austauschprozesse, wobei Beziehung unterschiedliche Wurzeln haben können. Eine therapeutische Beziehung lässt sich, aufgrund der zuvor genannten Begriffserklärung, ebenfalls als Beziehung werten. Therapeut und Klient interagieren über einen bestimmten Zeitraum miteinander. Diese professionelle Beziehung ist eine spezielle Form der Bindungsbeziehung. Allerdings unterliegt sie bestimmten Interaktions- und Beziehungsregeln, die zwischen dem Therapeuten und dem Klienten zur Anwendung kommen. Dabei sind Rollenerwartungen und – verhaltensweisen festgeschrieben, welche charakteristisch für das Arbeitsbündnis im therapeutischen Kontext sind (vgl. Huf 1992, 191; Garber 2004, 358).

Die Therapeuten- Klienten- Beziehung ist als professionelle Beziehung, im Gegensatz zu anderen interpersonellen Relationen, stark eingeschränkt, regelgeleitet und zeitlich eng definiert. Somit weist sie eine Reihe spezifischer Charakteristika auf (vgl. Sachse 2006b, 13 f.):

- ❖ Ziele: Sowohl Klient, als auch Therapeut verfolgen bestimmte Ziele in der Therapie. Dabei kann der Klient gewisse Ziele haben, welche beispielsweise Erwartungen hinsichtlich der Problembearbeitung an den Therapeuten sein können oder der Therapeut hat, z.B. auf die Mitarbeit bezogene, Erwartungen an den Klienten.
- ❖ Interaktionsart: Im Therapieverlauf beschränken sich Therapeut und Klient auf gewisse Interaktionsarten u.a. auf die Kommunikation. Unpassende Formen, wie beispielsweise erotische Interaktionen spielen in der therapeutischen Beziehung keine Rolle.
- ❖ Regeln: Es gibt gewisse Regeln in der Therapie. Nach diesen richtet der Therapeut sein Handeln aus. Dazu gehören u.a. die Schweigepflicht und das Abstinenzgebot, welches das Eingehen einer privaten Beziehung zum Klienten untersagt (vgl. Deutsches Institut für Psychotraumatologie, 2012).
- ❖ Zeitliche Begrenzung: Bei einer Therapiebeziehung handelt es sich um eine zeitlich begrenzte Beziehung. Mögliche Gründe für die Beendigung können das Verschwinden des Leidens sein, der Abbruch durch den Klienten, da er sich keine weitere Hilfe durch die Behandlung verspricht oder aber auch Beendigung durch den Therapeuten, wenn dieser die mögliche Hilfe seiner Maßnahme als erschöpft beurteilt.
- ❖ Asymmetrie: Bei der Therapiebeziehung handelt es sich um eine einseitig berufsbedingte Beziehung. Dabei sind, anders als in Freundschaftsbeziehungen, Rollen und Aufgaben nicht austauschbar. (Gaska/Frey 1993, 29 ff.).
- ❖ Expertise: Sowohl Therapeut, als auch Klient bringen ihre Expertise in den Prozess ein. Dabei gilt der Klient als Experte, für die zu verändernden Inhalte, Ziele und die Umsetzung neuen Handelns in den Alltag. Der Therapeut hingegen hat die Expertise für die Klärung und Lösung eines Problems, sowie das therapeutische Prozessgeschehen (vgl. Sachse, 2006b, 13 f.).

Die Therapeuten- Klienten- Beziehung ist somit hoch spezifisch, aber auch hoch spezialisiert und äußerst effektiv in Hinblick auf die Lösung der Klienten- Probleme.

Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut und Klient ist die Grundvoraussetzung für den Aufbau einer therapeutischen Allianz⁶ und somit die Basis therapeutischen Handelns. Denn nur wenn gegenseitiges Vertrauen existiert, ist die Grundlage zur Kooperation beider Parteien geschaffen, um ein gemeinsames Therapieziel zu verfolgen.

Die Definition der therapeutischen Allianz variiert in der Literatur und es gibt keine eindeutige Auffassung über die Bedeutung. Laut Bordin (1975; 1989; 1994) besteht die Arbeitsallianz aus drei Komponenten. Diese sind die Einigung über therapeutische Ziele, Übereinstimmung hinsichtlich des Therapievorgehens und eine positive gegenseitige Therapeuten- Klienten- Bindung. Allgemein erfolgt in der Literatur im Zusammenhang mit der therapeutischen Allianz die Betonung von Übereinstimmung und Zusammenarbeit (Bordin, 1980; Hatcher/ Barends/Hansell/ u.a., 1995; Luborsky, 1976). Dabei arbeiten die modernen Allianztheorien eine aktive Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten heraus (vgl. Horvath/ Bedi 2008, 281 ff.).

Sowohl der Therapeut, als auch der Klient müssen Verhaltensweisen und Prozesse innerhalb der Therapiesitzungen als besonders und wichtig ansehen, damit eine solche Allianz existieren kann. Auch beinhaltet das Bündnis eine positive interpersonelle Beziehung zwischen dem Klienten und Therapeuten, welche u.a. aus Vertrauen und Zuversicht bestehen. Somit ist die therapeutische Allianz zweckgerichtet und bewusst, wobei positive Affekte, kognitive und handlungsbezogene Aspekte von Bedeutung sind. Die therapeutische Allianz „bezieht sich auf die Qualität und Stärke der Arbeitsbeziehungen zwischen Therapeut und Klient in der Therapie“ (Horvath/ Bedi 2002, 41 zit. n. Auhagen 2008, 173) und ist somit eng verwoben mit einer gelingenden therapeutischen Beziehung (vgl. Lambert/ Barley 2008, 124 f.).

Die vier wesentlichen Funktionen der therapeutischen Beziehung bzw. der helfenden Allianz sind laut Raue & Goldfried (1994):

⁶ Auch genannt Arbeitsbündnis oder helfende Allianz

1. Verstärkerwirkung des Therapeuten wird erhöht.
2. Angemessene Verhaltensweisen können modelliert werden.
3. Positive Erwartungen können gefördert und Veränderungen beim Klienten vorbereitet werden.
4. Vorbeugung bzw. Überwindung von Widerständen (vgl. Brücher 2005, 188).

Diese Funktionen sind wesentliche Faktoren für einen erfolgreichen Therapieprozess und -ausgang (siehe Kapitel 3.3).

3.2 Therapeutische Beziehungsgestaltung

Im Folgenden sollen Konstrukte erläutert werden, welche bei dem Aufbau und für eine dauerhaft- gelingende therapeutische Beziehung eine wichtige Rolle spielen, als auch zur therapeutischen Allianz beitragen. Dabei sind „soziale Schlüsselkompetenzen [...] solche, die soziale Bezüge aufweisen, also immer Aspekte hinsichtlich anderer Menschen und des Miteinanders einschließen“ (Auhagen 2008, 171).

3.2.1 Kognitive Schlüsselkompetenz

3.2.1.1 Personenwahrnehmung

Personenwahrnehmung, auch soziale Kognition genannt, sind „jene Prozesse, die zur Bildung von Meinungen und/ oder Bewertungen (Einstellungen) anderen Personen gegenüber führen. Aufgrund wahrgenommener oder oft nur angenommener Äußerungen und Handlungen von Menschen, gelangt man zu Meinungen über seine Absichten, Einstellungen, Eigenschaften und seine momentane Stimmung.“ (Herkner 1991, 277). Dabei handelt es sich um einen komplexen und subjektiven Vorgang, welcher insbesondere zu Beginn des therapeutischen Prozesses von Bedeutung ist. Im

Rahmen einer Anamnese, eines Vorgesprächs oder in der ersten Sitzung versucht der Therapeut sich ein Bild von seinem Klienten zu machen, während der Klient seinerseits versucht seinen Therapeuten einzuschätzen

Auch wenn Therapeuten bewusst sein sollte, dass ihre eigenen Beobachtungen und Wahrnehmungen reflektiert werden müssen, um Beobachtungsfehler zu vermeiden, lassen u.U. auch Sie sich von Fehlern und Fallen der Personenwahrnehmung beeindrucken. Die eigenen Einstellungen berühren demnach immer auch den therapeutischen Prozess. Als professionell Handelnder ist es deshalb nötig, sich Wahrnehmungsverzerrungen bewusst zu machen und eigene Urteile zu prüfen und möglicherweise zu modifizieren. (vgl. Auhagen 2008, 176 f.).

Um also das eigene Denken und Handeln zu überprüfen, kann sich insbesondere der Erkenntnisse aus der Sozialpsychologie bedient werden. Dabei wird nicht nur deutlich, inwiefern der Therapeut auf die eigene Wahrnehmung der Klienten achte sollte, sondern auch welchen Einfluss seine Wirkung auf den Therapieverlauf nehmen kann. Betrachten wir das Ähnlichkeits- Attraktionsparadigma nach Byrne (1971), so finden sich Personen sympathischer, welche sich gegenseitig als ähnlich hinsichtlich Ansichten oder Erfahrungen wahrnehmen. Übertragen auf das therapeutische Setting würde dies bedeuten, dass wahrgenommene Ähnlichkeit förderlich für eine therapeutische Allianz sein kann, wohingegen Sterotype und Vorurteile sich eher als hinderlich erweisen (vgl. Cramer 2014, 101 f.).

Der Primacy- Effekt⁷ nach Ash (1946) beschreibt, die Bedeutung des ersten Eindrucks für die Wahrnehmung und Beurteilung einer Person. Demnach werden die Anfangsinformationen besonders hoch gewertet und beeinflussen maßgeblich die Wahrnehmung einer anderen Person, indem sie den Gesamteindruck prägen. Während sich der Therapeut also über derartige Effekte im Klaren sein muss, um Beurteilungsfehler zu vermeiden, spielt seine Wirkung auf den Klienten eine wichtige Rolle für den weiteren Therapieverlauf und den Aufbau einer positiven Therapeuten-Klienten- Beziehung. Somit hat das erste Aufeinandertreffen von Therapeut und Klient

⁷ auch Vorrang- Effekt oder Primäreffekt genannt

einen hohen Stellenwert und Einfluss, weshalb es achtsam gestaltet werden sollte (vgl. Bierhoff 2006⁶, 279 f.).

Ein weiterer Vorgang im Rahmen der Personenwahrnehmung, ist die (Kausal-) Attribution. Diese beschäftigt sich mit der Ursachenzuschreibung eigenen oder fremden Verhalten. Dabei wird beschrieben, wie Personen ihr eigenes oder das Verhalten anderer Menschen erklären. Die hergestellte Kausalverbindung von Ereignis und Ursache, kann die eigene Reaktion auf andere Person maßgeblich beeinflussen. Laut der Theorie nach Heider (1958) kann man dabei zwischen internaler und externaler Attribution unterscheiden. Die interne Attribution erklärt dabei die Person an sich, als Ursache für bestimmtes Verhalten, wohingegen bei der externalen Attribution die Situation als Ursache gesehen wird. Allerdings können motivationale und kognitive Faktoren auch hier, zu Verzerrungen der Personenwahrnehmung bzw. zu Attributionsfehlern führen. „Während die Attribution des eigenen Verhaltens bei Klienten zu therapeutischen Interventionen genutzt wird (Haisch, 2003), dürfte die Attribution fremden Verhaltens in der therapeutischen Beziehung eine Rolle spielen.“ (Auhagen 2008, 177). So kann es einen Einfluss auf die therapeutische Beziehung haben, ob Klienten oder Therapeuten das Verhalten der anderen Person als situationsabhängige oder stabile Persönlichkeitseigenschaft bewerten und wahrnehmen. Der Verzerrung der Wahrnehmung sollte sich zumindest der Therapeut bewusst sein und muss sich selbst immer wieder dahingehend überprüfen, die eigene Wahrnehmung zu reflektieren und sich jener, des Klienten, bewusst zu werden. Allgemein kann eine achtsame Haltung des Therapeuten hilfreich sein, um wertungsfrei auf seinen Klienten zuzugehen. Sich der eigenen Einstellungen bewusst zu sein und diese, bei der gegenwärtigen Begegnung mit anderen Person, zu berücksichtigen, hilft bei der unverzerrten Personenwahrnehmung (vgl. Köppel 2007, 87 f.).

3.2.1.2 Sozialer Einfluss

Mit sozialem Einfluss ist die Änderung von Einstellung, Meinungen und Urteilen einer Person durch die Konfrontation mit Urteilen, Meinungen und Einstellungen einer anderen Person gemeint. Diese können laut Bierhoff & Herner (2002) auf Überredung, Suggestion oder anderen Formen der Kommunikation beruhen und ist fast unvermeidlich. Weber (2005) formulierte verschiedene Hinweise, die für eine wertschätzende Arbeit mit Klienten von Bedeutung sind. Dazu gehört u.a. die Vermeidung bzw. der gezielte Einsatz von Suggestion und Überredung und damit einhergehend Toleranz und Akzeptanz alternativer Sichtweisen (vgl. Avermaet 1997, 504 f.; Hoos- Leistner/ Balk 2008, 53).

Durch das ohnehin bereits bestehende Machtgefälle im therapeutischen Setting könnte der Machtmissbrauch durch den Experten, das Vertrauen zum Klienten zerstören. Dies wäre fatal, da es als wichtige Basis therapeutischer Beziehungen gilt. Nur wenn Vertrauen gegenüber dem Therapeuten besteht, ist der Klient in der Lage sich selbst zu öffnen und zu kooperieren (vgl. Peterman 1996, 64 fff.).

Um dem Vorzubeugen beinhalten therapeutische Ausbildungen viel Selbsterfahrung und Reflexion, sowie den offenen und verantwortungsbewussten Umgang mit dem Expertenstatus im therapeutischen Setting. Achtsam lebende Personen nehmen die eigenen Einstellungen und Meinungen als solche an, können im Gegenzug allerdings auch fremde Meinungen und Urteile akzeptieren, ohne diese als besser oder schlechter zu bewerten.

3.2.2 Emotionale Schlüsselkompetenz

3.2.2.1 Bedingungslose Wertschätzung

Die bedingungslose uneingeschränkte Wertschätzung, auch positive Zuwendung oder bedingungsfreies Akzeptieren genannt, ist eng gekoppelt an die Akzeptanz einer anderen Person. Der Therapeut nimmt den Klienten mit seinen Gefühlen, Kognitionen

und Bewertungen an, welche dieser wiederum seinen Erfahrungen gegenüber einnimmt und erfährt. Demnach bringt der Therapeut seinem Klienten Zuwendung entgegen, welche frei von Bewertungen und Beurteilungen der Person ist. Mit Wertschätzungen werden u.a. Respekt, Wärme, Unterstützung, Bestätigung, Liebe oder Fürsorge verknüpft. Dabei bedeutet bedingungslose Wertschätzung explizit, dass es sich um „echt gefühlte wertfreie bedingungslose Zuneigung des Therapeuten gegenüber dem Klienten [handelt], die auch dem Klienten kommuniziert wird.“ (Auhagen 2008, 183) (vgl. Boeger 2009, 78 f.).

Wertschätzung beinhaltet drei Dimensionen, welche relativ unabhängig voneinander sind:

1. Positive Gesinnung: Dies beschreibt in welchem Ausmaß der Therapeut einen Klienten wertschätzt, an dessen Möglichkeiten glaubt und sich für ihn nicht- besitzergreifend einsetzt.
2. Erfahrungsausrichtung: Hierbei ist die Begegnung mit dem Klienten in dessen eigenem Bezugssystem gemeint.
3. Bedingungslosigkeit: Der Klient wird in seinem Erleben konstant angenommen, so wie er ist.

Zu diesen drei Ebenen kommt die implizite Voraussetzung, auf die beim Klienten vorhandenen Ressourcen zu vertrauen, dass dieser sich selbst verstehen und positiv verändern kann. Folglich glaubt und vermittelt der Therapeut dem Klienten seinem eigenen Veränderungsprozess zu folgen (vgl. Speierer 2008, 423 f.).

Eine wertschätzende Haltung, geprägt von unbedingtem Akzeptieren, gilt als förderlicher Bestandteil von therapeutischen Beziehungen, deren Ziel die Selbstöffnung und –entwicklung des Klienten ist. Einhergehend mit der Bestätigung des Selbst und der Erhöhung des Selbstwertgefühls, kommt es zu positive Emotionen beim Klienten. Diese wiederum ist ein Indikator für Wohlbefinden und psychische Funktionsfähigkeit. Die Notwendigkeit bedingungsloser Akzeptanz für eine funktionierende Allianz und der Beitrag für eine gelingende Therapeute- Klienten- Beziehung konnte vielfach nachgewiesen werden. In der vorliegenden Arbeit wird die Wirkung der therapeutischen Achtsamkeit auf die Akzeptanz untersucht. Es ist

anzunehmen, dass die Wertungsfreiheit, welche das Konzept impliziert, eng verbunden mit der Akzeptanz und der bedingungslosen Wertschätzung, eine wichtige Rolle für die therapeutische Beziehung spielt und sich positiv auf diese auswirkt(vgl. Auhagen 2008, 184 f.).

3.2.2.2 Empathie

Das durch Carl Rogers⁸ (1957) eingeführte Konzept der Empathie, beschreibt die Fähigkeit andere Menschen in ihrer Situation besser zu verstehen. Dazu gehört es, die Gefühle einer anderen Person nachzuempfinden, sowie eine Situation aus deren Sicht zu begreifen. H. Kohut⁹ beschreibt das Konzept als „stellvertretende Introspektion“ und das Sich- Eindenken in das Erleben und Fühlen eines anderen Menschen, obgleich dies in einem abgeschwächten Grad stattfindet. Das heißt die andere Person wird so wahrgenommen, als ob man diese ist, ohne dabei die „als ob“- Bedingung zu verlieren (vgl. Kohut 1987, 126 ff.; Schmitt 2003, 276 f.; Lotz 2003, 443).

Empathie, als komplexer emotional- kognitiver Prozess und komplexes Konstrukt, wird in drei Modalitäten unterschieden (vgl. Norcross 2002, 90 f.):

1. Das Eingefühlt sein (*empathic rapport*) beschreibt, die durch den Therapeuten vermittelte Präsenz und Bereitschaft seinen Klienten zu verstehen und zu unterstützen. Dies wird durch die mitfühlende Haltung des Therapeuten deutlich.
2. Im Sinne einer Prozess- Empathie wird die Kommunikation des emphatisch Verstandenen (*communicative attunement*) begriffen. Dabei begleitet der

⁸ Carl M. Rogers (* 8. Januar 1902 in Chicago; † 4. Februar 1987 in Kalifornien) war ein US-amerikanischer Psychologe und Psychotherapeut.

⁹ Heinz Kohut (* 03.03.1913 in Wien; † 08.10.1981 in Chicago) war ein bedeutender österreichisch-amerikanischer Psychoanalytiker.

Therapeut, unter aktiver Bemühung, seinen Klienten kontinuierlich und erkennbar bei dessen Selbstöffnung und –erkundung. Diese Art wird insbesondere von Gesprächspsychotherapeuten angestrebt.

3. Die auf die Person und Entwicklung bezogene Empathie (*person empathy*) beschreibt die Bemühung des Therapeuten die aktuellen Erfahrungen seines Klienten historisch und im Hier und Jetzt zu verstehen. Dabei wird versucht den Hintergrund bestimmter Gefühle, Handlungen oder Wahrnehmungen verstehen zu können, was vorzugsweise in psychodynamisch orientierten Therapien eine Rolle spielt.

Obgleich verschiedene Therapieformen unterschiedliche Empathiearten anstreben, so ist die Empathie für die Beziehungsqualität und einen gelingenden therapeutischen Prozess, allgemein von großer Bedeutung. Bohart et al. (2002) kommen im Rahmen einer Metaanalyse sogar zu dem Schluss, dass Empathie nicht nur wichtig für die therapeutische Allianz ist, sondern wahrscheinlich sogar mehr Einfluss auf den Ausgang von einer Therapie hat, als spezifische Interventionen. (Lotz 2003, 445 f.).

Dementsprechend empfehlen sie verschiedenes Antwortverhalten. Das empathische Verständnis, die empathische Bestätigung und empathische Wachrufen, wobei allerdings berücksichtigt werden muss, dass Empathie eher eine Haltung des Therapeuten, als eine erlernbare Methode ist. „Echte und wirksame Empathie muss dem inneren Erleben des Therapeuten entspringen. Sie ist nicht einfach nur ein Repertoire an auswendig gelernten Verhaltensweisen.“ (Elliott et al. 2007, 116).

3.2.2.3 Intimität und Selbstöffnung

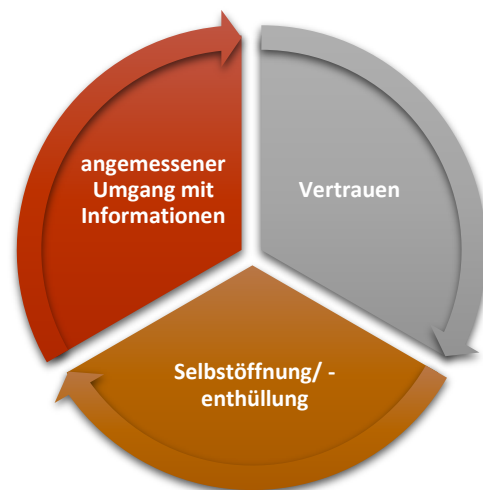
Aus sozialpsychologischer Sicht definiert Westin (1970) „Intimität“, als eine Art der Privatheit einer Dyade oder Kleingruppe, welche sich gegen die übrige soziale Umwelt abgrenzt. Kennzeichnend dafür ist eine enge, entspannte und offene Kommunikation innerhalb der Personengruppe. Dabei ist sie nicht gleichzusetzen mit der, wie in der

Alltagssprache oft üblich, sexuellen Intimität, sondern „bezeichnet einen erlebten Zustand im zwischenmenschlichen Miteinander, der die Wahrnehmung von Verbundenheit, Vertrautheit und Nähe auf kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Ebene einschließt.“ (Auhagen 2008, 186) (vgl. Trimmel, 80f.).

Auch im therapeutischen Kontext ist die Intimität also von Bedeutung. Neben Faktoren, wie Transformation, nonverbaler Kommunikation und der Veränderung von Grenzen (Register & Henley 1992), zählt die Selbstöffnung oder Selbstenthüllung zu einem der wichtigsten Faktoren von Intimität und zu einem grundlegenden Vorgang während der Therapie. Unter „Selbstöffnung“ versteht man das Preisgeben persönlicher Informationen über sich selbst. Dabei fordert Selbstenthüllung

Vertrauen und lässt wiederum neues Vertrauen entstehen, sofern angemessen mit den enthüllten Informationen umgegangen wird, wie in dem Kreislauf in Abb. 3 zu sehen ist. Eine auf Vertrauen basierende therapeutische Beziehung eröffnet somit Handlungsräume und ist als Grundlage für die Selbstöffnung des Klienten zu sehen (Auhagen 2008, 187 f.; Thies 2010, 209 f.).

Abbildung 3: Kreislauf der Selbstöffnung



Die Selbstöffnung ist in der Therapeuten- Klienten- Beziehung klassischerweise eher einseitig. Dies steht im Zusammenhang mit der Charakteristik therapeutischer Beziehungen und Allianz, wobei die Selbstöffnung des Klienten ein wichtiger Bestandteil einer jeden Therapie ist. Wird die therapeutische Beziehung als positiv wahrgenommen, so steigt auch die Bereitschaft des Klienten zur Selbstöffnung. Auch unangenehme Informationen werden dabei preisgegeben, wobei dies zuerst mit Scham und Angst verbunden sein kann (vgl. Auhagen 2008, 187).

Eher seltener sind hingegen Selbstoffenbarung und –enthüllung von Seiten des Therapeuten. Dabei kann das umsichtige enthüllen persönlicher Informationen zum einen wie in Abb. 1 deutlich zum Vertrauen beim Klienten beitragen, zum anderen wird das vom Klienten empfundene Machtgefälle abgeschwächt, indem der Therapeut

zeigt, dass auch er ein Mensch mit Ecken und Kanten ist. Der Therapeut vermittelt dadurch modellhaft, dass es angemessen ist ehrlich und offen mit der eigenen Person und eigenen Erfahrungen zu sein. Die Vertrauensbasis wird gestärkt und der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung unterstützt (vgl. Eifert 2011, 35).

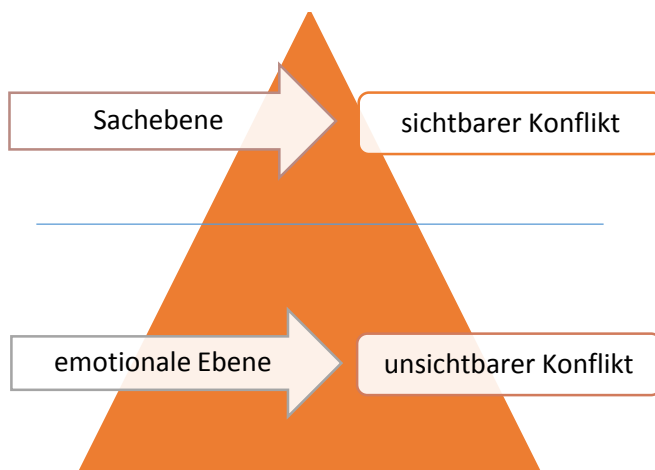
Hill und Knox (2002) arbeiteten zwei verschiedene Arten von Selbstöffnung des Therapeuten heraus. Zum einen gibt es jene Form, bei der persönliche Informationen, welche unabhängig vom Patienten sind, offen gelegt werden. Zum anderen kann der Therapeut Selbstöffnungen äußern, die den Patienten und die dyadische Beziehung einbeziehen können, was auch „unmittelbare Selbstöffnung“ genannt wird. Sie empfehlen, derartige therapeutische Selbstmitteilungen selten einzusetzen und sich auf professionelle Themen zu berufen. Eigene Überzeugungen oder sexuelle Themen sind für Selbstoffenbarungen weniger geeignet. Intentionen können die Validierung der Realität, Stärkung der Allianz oder das Aufzeigen alternativer Denkanstöße sein (vgl. Auhagen 2008, 188.; Mc Cullough 2012, 7; Sonnenmoser 2003, 472).

Durch einige Untersuchungen, kann der positive Effekt von gezielter und in Maßen eingesetzter Selbstöffnung des Therapeuten, belegt werden. So kam Bridges (2001) zu dem Schluss, dass die Selbstöffnung zu einer intensiven emotionalen Erfahrung beim Patienten führt und die Therapeuten- Klienten- Beziehung bereichert, als auch die dyadische Verbindung vertieft. Laut Manning (2005) wird durch eine derartige Selbstenthüllung Empathie vermittelt und sogar die Selbstwahrnehmung des Patienten unterstützt. Barret und Berman (2001) stellten fest, dass durch die Öffnung des Therapeuten gegenüber seinem Patienten, die Qualität der Therapeut- Patienten- Beziehung erheblich verbessert werden kann, was letzten Endes zu besseren Behandlungsergebnissen führt (siehe Kapitel 3.3). Allgemein kann die Selbstöffnung des Therapeuten, in angemessener Weise, auch zu der, vom Klienten wahrgenommenen, Echtheit beitragen und somit positiv auf die therapeutische Beziehung wirken. (vgl. ebd., 7f.).

3.2.2.4 Konflikt

Wenn Personen beispielsweise aufgrund widersprüchlicher Meinungen oder scheinbar unvereinbarer Sichtweisen oder Werte, aneinander geraten, so ist die Rede von einem Konflikt. Versteckte Motive, welche Konfliktpotential in sich bergen, können dabei Vorurteile, Machtdemonstration, Antipathie, Rivalität oder Manipulation sein. Durch die nicht ausgesprochenen eigentlichen Konfliktmotive, können sich Aggression, Ablehnung und Widerstand zwischen den beteiligten Parteien entwickeln (vgl. Kulbe 2009², 62).

Abbildung 4: Konflikt- Eisbergmodell



(Quelle: Kulbe 2012, 63)

Dabei gehen die verschiedenen Ebenen des Konflikts aus dem kommunikationstheoretischen Eisbergmodell nach Sigmund Freud, wie in Abb.4 zu sehen ist, hervor. Die Sachebene bezieht sich dabei auf eine konkrete Situation oder einen bestimmten Fakt, während die emotionale Ebene meist versteckte Konfliktursachen

birgt. So kann in zwei grundlegende Konfliktarten unterschieden werden- intrapersonaler und interpersoneller Konflikt. Erstes sind Konflikte die sich im Inneren einer Person abspielen und die das Subjekt mit sich selbst oder in sich hat. Unter interpersonell dagegen versteht man jene Konflikte, welche sich zwischen zwei oder mehreren Subjekten abspielen. Die Trennlinie, zwischen den beiden Konfliktarten, ist nicht immer klar zu ziehen und die meisten Konflikte bergen beide Arten in sich (vgl. ebd.).

Bei offenen oder verdeckten Konflikten, zwischen Therapeut und Klient, wie sie das Eisbergmodell zeigt, kommt der therapeutischen Beziehungsarbeit eine besondere Bedeutung zu. Dabei können die Konflikte unterschiedlichsten Ursprungs sein. Hat der Klient beispielsweise andere Erwartungen an das Ergebnis der Therapie, als der

Therapeut, so befinden sich die beiden Parteien im Konflikt. Möglicherweise werden dadurch die allgemeinen Erfolgsaussichten der Therapie verringert (vgl. Hauke 2013, 192; Sumsion 2002, 103).

Nicht immer müssen Konflikte allerdings negativ behaftet sein und mit drastischen Folgen, wie beispielsweise Machtkämpfen oder einem Therapieabbruch einhergehen. Sie „müssen nicht unbedingt destruktiv sein. Ob aus einem Konflikt etwas Positives resultieren kann, hängt davon ab, wie mit dem Konflikt und wie miteinander umgegangen wird. [...] Doch unabhängig davon, inwieweit therapeutisches Erleben und Verhalten selbst mit zum Konflikt beigetragen hat, liegt ein großer Teil der Verantwortlichkeit für eine konstruktive Bearbeitung des Konflikts beim Therapeuten.“ (Auhagen 2008, 189) Eine mögliche Lösung, für die Bewältigung einer konfliktgeladenen Situation, wäre das Verzeihen.

Auch für Therapeuten, als geschulte Fachkräfte, stellt der Umgang mit Konflikten in der Therapie oftmals Probleme dar. Da die negativen Gefühle der Klienten, ihnen und der Therapie gegenüber oft ungesagt bleiben, gilt es, laut Safran, Muran, Samstag und Stevensen (2002), auf negative Gefühle der Klienten zu achten und die Möglichkeit zu bieten, diese äußern zu können. Therapeuten sollten darauf offen und in einer nicht defensiven Form reagieren. Besondere Klärung wird dann nötig, wenn der Therapeut dem Klienten gegenüber negative Gefühle äußert und damit möglicherweise schlechtere Therapieergebnisse fördert. Eine achtsame Haltung des Therapeuten kann positiv auf die Wahrnehmung der negativen Gefühle des Klienten wirken und einen angemessenen Umgang damit fördern. Auch verdeckte Konflikte werden durch diese akzeptierende und friedvolle Einstellung verringert (vgl. Auhagen 2008, 191).

3.2.2.5 Religiosität und Spiritualität

Inwiefern Religiosität und Spiritualität, als Beschreibung der Beziehung zum Transzendenten, eine Rolle hinsichtlich der Therapiebeziehung spielen ist abhängig von der Therapieform, und der jeweiligen Persönlichkeit von Therapeut und Klient. Zunehmend finden religiöse und spirituelle Elemente Einzug in die

psychotherapeutischen Konzepte. Dabei wird die Rolle, welche Religiosität und Spiritualität spielen sollten, kontrovers diskutiert. Sigmund Freud formulierte 1927, dass der Ursprung der Religiosität ein infantiles Anlehnungsbedürfnis und bloßes Wunschdenken sei. Dahingegen vertrat Carl Gustav Jung (1940) die Meinung, dass alle psychischen Probleme auch eine religiöse Dimension besäßen und Religion deshalb als konstruktiver Faktor in die Therapie einzubeziehen sei. Er erkannte somit, wie auch Carl Rogers oder Viktor Frankl, den Einfluss auf die Krisenbewältigung. Während bis in die 1980er- Jahre überwiegend die negativen Folgen von Religiosität auf die psychische Gesundheit untersucht wurde, waren später auch die gesundheitsförderlichen Aspekte von Interesse für die Forschung (vgl. Richard/Freund 2012, 202).

„Heute sind Religion und Spiritualität als wichtige Bezugspunkte bei einer Reihe therapeutischer Verfahren integriert und bei einzelnen Therapeuten anerkannt.“ (Auhagen 2008, 191). Insbesondere in der Verhaltenstherapie, lässt sich bei neueren Verfahren der aktuelle Trend beobachten, religiös- spirituelle Konzepte aus dem Buddhismus und fernöstlichen Religionen zu integrieren. Beispiele für Interventionsformen mit religiösem oder spirituellem Hintergrund sind u.a. MBCT, Positive Psychotherapie oder eine christlich angepasste Depressionstherapie nach Beck (1992), wobei Achtsamkeit eine zentrale Rolle spielt (vgl. ebd.).

Laut einer Studie von Hofman &Walach (2011) bezeichnen sich über die Hälfte der Psychotherapeuten als religiös oder spirituell. Schätzungen zufolge bringen etwa 22% der Klienten im Laufe der Therapie religiös- spirituelle Themen ein. Der Großteil des Therapeuten berichtet im Laufe der Ausbildung darauf vorbereitet worden zu sein, dennoch wünscht sich mehr als die Hälfte eine explizitere Vorbereitung und Berücksichtigung in der Psychotherapieausbildung (vgl. IGPP 2012).

Dass dies durchaus sinnvoll ist, zeigt sich bei der Betrachtung aktueller Erkenntnisse. Demnach sind Religiosität und Spiritualität durchaus hilfreich für die therapeutische Beziehung, können allerdings auch einen weniger hilfreichen Einfluss nehmen. Jedoch rückt bei diesen Betrachtungen eher der Einfluss des Klienten auf den Therapeuten in den Fokus, sodass über den religiös- spirituellen Einfluss vonseiten des Therapeuten kaum Ergebnisse vorliegen. (vgl. Auhagen 2008, 192).

Religiöse Klienten wünschen sich meist auch einen Therapeuten, der den religiösen Glauben teilt. Dabei ist es wichtig, die Therapie vom seelsorgerischen Handeln abzugrenzen. Es geht nicht um das bloße Einbeziehen von Metaphysischem oder Glaubensinhalten, sondern darum, den religiösen und kulturellen Hintergrund des Patienten als Ressource nutzbar zu machen. Um die Deutungs- und Denkmuster des Klienten verstehen zu können, ist es wichtig für den Therapeuten, sich mit dem sozialen und kulturellen Hintergrund des Klienten vertraut zu machen. Dies hilft, um Reaktionen und Verhaltensweisen vor dem Hintergrund seines Glaubens zu verstehen. Deshalb kann es durchaus hilfreich sein, ähnliche religiöse und spirituelle Einstellungen dem Klienten mitzuteilen und sich als Therapeut selbst zu offenbaren. Sobald allerdings die religiöse Haltung von Klient und Therapeut unterschiedlich ist kann eine solche Selbstoffenbarung auch Schwierigkeiten bergen. So kann dies beispielsweise dazu führen, dass Klienten nicht mehr offen über diese Themen sprechen können. Der Therapeut sollte sich deshalb seiner eigenen Haltung gegenüber der spirituellen/ religiösen Einstellung seiner Klienten klar sein. Worthington jr. & Sandage (2002) empfehlen deshalb, die

Haltung des Klienten vor Beginn einer Intervention zu erfassen und somit Vertrauen zu ermöglichen, Selbstöffnung zu erleichtern und einen wertschätzenden Umgang mit dieser Thematik zu signalisieren (vgl. Richard/ Freund 2012, 206; Auhagen 2008, 192).

In der Therapie spielt die Religiosität bzw. Spiritualität der jeweils anderen Person somit immer eine Rolle für Therapeuten und Klienten. Der Therapeut sollte die Religiosität/ Spiritualität des Klienten respektieren und die eigene Haltung dazu beachten. Der Einsatz spiritueller/ religiöser Interventionen kann durchaus sinnvoll sein, muss aber immer das therapeutische Ziel verfolgen. Auch achtsamkeitsbasierte und –informierte Verfahren können sehr hilfreich sein, verlangen jedoch auch ein gewisses Maß an Offenheit gegenüber Spirituellen Themen auf beiden Seiten.

3.2.3 Handlungsbezogene Schlüsselkompetenz

3.2.3.1 Kommunikation und Interaktion

Die zwischenmenschliche Kommunikation und Interaktion lassen sich nur schwer voneinander abgrenzen. Nach Graumann (1972) ist alle soziale Interaktion zugleich auch eine Form der Kommunikation. Dabei können Sprechen, Mimik, Gestik, Emotionen, Handlung und Verhalten Bestandteil beider Konzepte sein. „Soziale Interaktion“ steht allgemein für die Wechselwirkung zwischen verschiedenen Personen und beschreibt das aufeinander bezogene Handeln. Dahingegen geschieht Kommunikation überall dort, wo Menschen miteinander in Kontakt kommen und Informationen senden und empfangen (vgl. Rothe 2006, 15 f.; Lange 2013, 60 ff.).

Nach Watzlawick, Beavin & Jackson (2000) gibt es drei Axiome der Kommunikation, welche für jede zwischenmenschliche Kommunikation gelten, also auch jene zwischen Therapeuten und Klienten:

1. Jedes Verhalten ist Kommunikation.
2. Jede Botschaft hat einen Sach- und Beziehungsaspekt d.h. neben der sachlichen Information spielt auch der Beziehungsaspekt eine Rolle, denn zum einen beeinflusst die Beziehung die Kommunikation, kann aber auch zeitgleich aus ihr resultieren.
3. Kommunikation ist unterschiedlich punktierbar d.h. die am Prozess Beteiligten können Aussagen unterschiedlich als Aktion oder Reaktion interpretieren (vgl. Cornelius 2010, 34 f.).

Die verbale Kommunikation im Rahmen therapeutischer Intervention hat spezielle Eigenheiten. So gehören hierzu beispielsweise die Unterschiede zwischen Therapeut und Klient bezüglich der Selbstöffnung. Weiterhin impliziert das therapeutische Setting, Vorgaben und Einschränkungen, wie beispielsweise Räumlichkeiten und einen bestimmten Zeitrahmen. Auch die spezifische Behandlungstechnik beeinflusst die Kommunikation der Beteiligten. Zusätzlich sind seitens des Therapeuten bestimmte allgemeine Aspekte der Kommunikation von Bedeutung für die Beziehung zum Klienten. Hierzu gehören zum einen die von Rogers (1957) festgehaltenen

Basisvariablen- Echtheit, bedingungsfreies Akzeptieren und Empathie. Aufbauend darauf kann weiterhin das von Tscheulin (1992) empfohlene „Therapeutische Basisverhalten“ genannt werden, welches die Ebenen Personenbezogenheit, Realitätsoffenheit und Akzeptationsbreite beinhaltet. (vgl. Auhagen 2008, 193).

In einigen Studien wird die Wichtigkeit der kommunikativen Kompetenz der Therapeuten für den Therapieerfolg betont. Auch Horvath & Bedi (2002) stellten in einer Studie fest, dass die interpersonalen Fähigkeiten des Therapeuten, insbesondere die Kommunikation, einen wichtigen Beitrag zum Gelingen der therapeutischen Allianz leisten. Auch Mallinckrodt (1997) schreibt den sozialen Kompetenzen einen wichtigen Beitrag zur therapeutischen Beziehungsgestaltung zu. In seinem SCIP-Modell nimmt er an, dass bestimmte Fähigkeiten u.a. kommunikative Kompetenzen nötig sind, um eine zufriedenstellende und supportive Beziehung entwickeln zu können und aufrecht zu erhalten (vgl. Horvath/ Bedi 2008, 281 ff.; Strauß 2008a, 30 f.; Strauß 2008b, 213).

Sensibilität ist allerdings bei negativen kommunikativen Mustern gefragt. Denn Kritik, Attacken, Zurückweisung, Bloßstellen oder Vernachlässigung sollten laut Lambert & Barley (2002), insbesondere bei schwierigen Klienten, vermieden werden, um die Beziehung nicht zu zerstören. Die non- verbale Kommunikation der Klienten ist meist direkter und sollte deshalb vom Therapeuten in besonderem Maße berücksichtigt werden (vgl. Auhagen 2008, 194).

Auch die eigenen nonverbalen und paraverbalen Äußerungen sollten vom Therapeuten beachtet und kontrolliert werden. Denn eine Inkongruenz bezüglich der gesendeten Signale, kann für die Therapeuten- Klienten- Beziehung gravierende Folgen haben. Sollte der Therapeut unterschiedliche Signale senden, stellt der Klient die Authentizität und Echtheit des Therapeuten in Frage. Diese Zweifel des Klienten wiederum bewirken, dass therapeutische Handlungen keine Wirkung mehr haben (vgl. Sachse 2006b, 44f.).

Das Schwierige dabei, kongruent und echt zu bleiben ist, dass sich der Therapeut dabei nicht auf eine bestimmte Technik beziehen kann, sondern er muss sich seines eigenen inneren Bezugsrahmens klar sein und Kenntnisse über sein inneres Erleben haben. Es sollen eigene Gefühle, Gedanken und Reaktionen gegenüber dem Klienten wahrgenommen und zugelassen werden. In welchem Rahmen der Therapeut diese

allerdings mitteilt oder nicht, kann nur aus der jeweiligen Situation heraus entschieden werden (vgl. Boeger 2009, 85; Pörtner 1994, 80 ff.).

3.2.3.2 Soziale Unterstützung

Das komplexe Konstrukt „Soziale Unterstützung“ impliziert verschiedene Arten der Hilfeleistungen zwischen Menschen über einen bestimmten Zeitraum. Unterschieden werden kann zwischen wahrgenommener und tatsächlicher sozialer Unterstützung. Erstere beinhaltet eine allgemeine Erwartung, bei Bedarf Unterstützung durch Personen des sozialen Netzwerks in Anspruch nehmen zu können. Dabei kann nach Laireiter (2006) in psychologische und instrumentelle Unterstützung unterschieden werden. Psychologische Unterstützung zeigt sich beispielsweise in Rückhalt, Verlässlichkeit und Erhöhung des Selbstwertes, während sich instrumentelle Unterstützung u.a. auf Ratschläge oder finanzielle Hilfe beziehen kann (vgl. Bierhoff 2006⁶, 52).

Eine Studie von Tayler et al. (2003) zeigt die vielfältigen Vorteile des Vorhandensens sozialer Unterstützung für Betroffene. So trägt sie u.a. zu einer höheren Lebenserwartung, geringeren Anfälligkeit für Herzinfarkt und einer schnelleren Überwindung von Krankheiten nach einer Behandlung bei. Außerdem kann soziale Unterstützung gezielt Stress reduzieren, was in konkreten Belastungssituationen bei der Bewältigung helfen kann. Auch allgemein kann sie zu einer immunisierenden abdämpfenden Wirkung gegen Stress beitragen. Das heißt: soziale Unterstützung kann als positive soziale Ressource eingeschätzt werden und wirkt sich positiv auf den Gesundheitszustand aus (vgl. ebd., 52 f.; Auhagen 2008, 195).

Die Relation der therapeutischen Beziehung zur sozialen Unterstützung lässt sich insofern beschreiben, dass diese insgesamt als unterstützende Beziehung verstanden werden kann, in deren Rahmen Unterstützungsbehandlung erfolgt. Das SCIP- Modell (siehe 3.2.3.1) nimmt an, dass bei psychologischen und physiologischen Stresssymptomen, welche psychotherapeutisch behandelt werden sollen, soziale Unterstützung einen großen Teil der Behandlungswirkung ausmacht. Allerdings kann,

als ungünstig empfundene Unterstützung, eine Verstärkung der Symptomatik nach sich ziehen (Auhagen 2008,195 f.).

Wirksame soziale Unterstützung steht somit im Zusammenhang mit positiv empfundener Kommunikation und Interaktion, sowie einer guten Beziehungsqualität zwischen Klient und Therapeut. Von einer als gut eingeschätzten therapeutischen Allianz und Beziehung kann somit insgesamt mehr Unterstützungswirkung ausgehen, als von einer weniger gut empfundenen.

3.3 Bedeutung der Beziehungsqualität für den Therapieerfolg

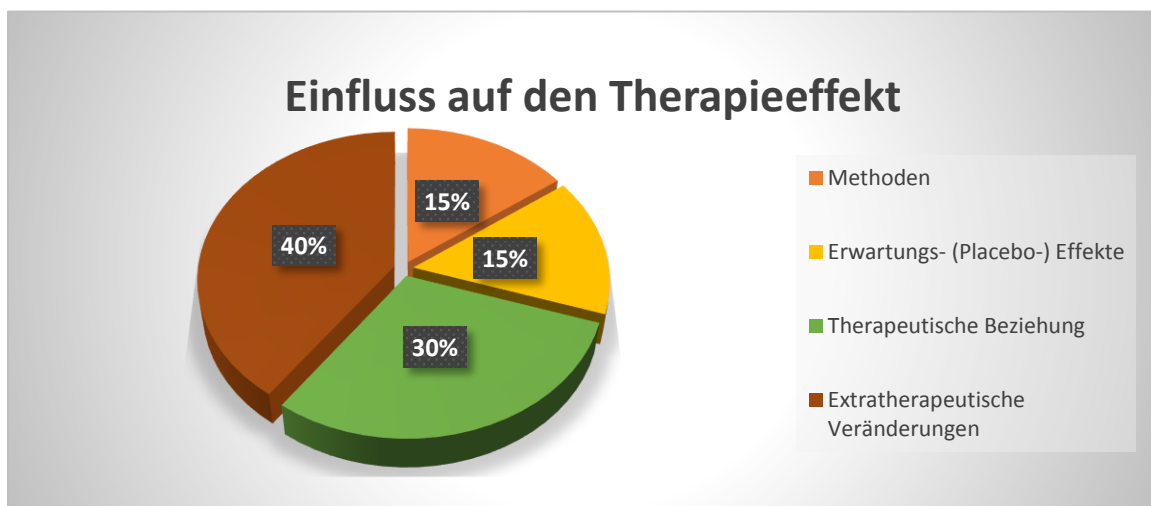
Nicht nur die Techniken, Methoden und Interventionen scheinen den Ausgang einer Therapie zu bestimmen. Auch die Qualität der Therapeuten- Klienten- Beziehung beeinflusst diesen maßgeblich. Seitdem die Beziehung von Therapeut und Klient in der Forschung stärker berücksichtigt wurde, wird sie in den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen zunehmend als wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg angesehen.

In einer Studie von Lorr (1965) sollten Patienten ihren Therapeuten, hinsichtlich der Faktoren wie Verstehen, Akzeptanz, Autorität, Förderung der Unabhängigkeit und Feindseligkeit/ Kritik einschätzen. Jene Patienten, welche ihren Therapeuten als besonders verstehend und akzeptierend empfanden, hatten die am höchsten positiv eingeschätzten Verbesserungen. Auch in einer Studie von Strupp, Fox & Lessler (1969) beschrieben jene Klienten, welche ihre Therapie als erfolgreich erlebten, ihre Therapeuten als „warm“, „aufmerksam“, „verstehend“ und „respektvoll“. Eine Untersuchung von Ricks (1974) zeigte die Unterschiede zwischen Therapien mit guter und schlechter Therapeuten- Klienten- Beziehung. Während jene Klienten, welche von erfolgreichen Therapeuten behandelt worden, eine starke Beziehung aufbauen konnten, verhielten sich weniger erfolgreiche Therapeuten den Klienten mit gleichem Störungsbild gegenüber eher ängstlich und zurückgezogen. Dass dies auch unabhängig von der Berufserfahrung sein kann fanden Orlinsky & Howard (1980) heraus. Orlinsky, Grawe & Parks (2000) identifizierten schließlich verschiedene

Therapeutenvariablen, welche positiv auf den Behandlungseffekt wirken. Dazu gehören u.a. Glaubwürdigkeit, Fähigkeiten, empathisches Verstehen und die Bestätigung des Patienten durch den Therapeuten (vgl. Hermer/ Röhrle 2008, 118-123).

In einer Überblicksarbeit fanden Lambert & Barley (2002) heraus, welche relative Bedeutsamkeit verschiedene Faktoren auf die Therapieergebnisse beim Patienten haben. Die rechnerische Zusammenfassung von vielzähligen Forschungsbefunden der vergangenen Jahrzehnte ist in Abb. 3 abgebildet.

Abbildung 5: Einflussfaktoren auf Therapieeffekt



(Quelle: Lambert/ Barley 2008, 112)

Den Großteil (40%) machen die Extratherapeutischen Veränderungen aus. Viele Menschen, die an einer psychischen oder emotionalen Störung leiden, gesunden auch ohne professionelle Behandlung in Anspruch zu nehmen. Dabei spielen individuelle Charakteristika der Patienten eine Rolle, als auch die Inanspruchnahme von Selbsthilfemitteln. Wesentlich ist auch für eine Vielzahl die Unterstützung durch Personen (Familie, Freunde, Geistliche,...) bei der Problembewältigung. Die meisten informellen Hilfesysteme, wie beispielsweise religiöse Organisationen oder die Anonymen Alkoholiker, verlassen sich auf die Kraft unterstützender Beziehungen und Techniken, welche auch in therapeutischen Interventionen zu finden sind (vgl. Lambert/ Barley 2008, 112 f.).

Methoden und Erwartungseffekte beeinflussen den Therapieerfolg dahingegen mit je 15%. Dabei schließen die Erwartungen auch Hoffnungen und Placeboeffekte ein, welche sich alle Heilrituale zunutze machen. Die Methoden beziehen sich auf das spezifische Behandlungsmodell und die damit verbundene therapeutische Technik (vgl. Hermer/ Röhrle 2008, 39).

Einen großen Anteil mit 30% hat dahingegen die therapeutische Beziehung hinsichtlich des Behandlungsergebnisses. Von jenen Faktoren, welche am engsten mit dem Therapeuten zusammenhängen, steuert sie am meisten zu einem positiven Ausgang der Therapie bei. „Wegen der zentralen Bedeutung einer guten Therapiebeziehung für das Therapieergebnis- die funktionale Bedeutung der Therapiebeziehung für den Therapieerfolg ist durch mehrere Hundert signifikante Zusammenhänge bestätigt und kann als das am beste gesicherte Ergebnis der gesamten bisherigen Psychotherapieforschung angesehen werden- muss in Herstellung und Aufrechterhaltung einer guten Therapiebeziehung einer der wichtigsten spezifischen Beiträge des Therapeuten zum Therapieerfolg gesehen werden.“ (Dogs/ Maurer 1998, 249). Somit kann eine gute Beziehung als wichtiger Indikator für den Therapieerfolg gesehen werden.

4 Empirische Untersuchung

Im folgenden Kapitel wird die empirische Untersuchung beschrieben, welche sich mit dem Einfluss von Achtsamkeit auf die therapeutische Beziehungsgestaltung befasst. Es werden zunächst das Ziel und die Vorgehensweise erläutert. Nachfolgend werden die Ergebnisse ausgewertet, um diese abschließend zu diskutieren.

4.1 Zielsetzung und Hypothesen

Ziel der empirischen Untersuchung soll es sein, einen Einblick in die Bedeutung von Achtsamkeit, für sozialpädagogische und psychologische Fachkräfte im therapeutischen Setting zu geben. Dabei wird insbesondere die Beziehungsqualität zwischen Therapeuten und Klienten untersucht, welche eine wichtige Rolle für das Gelingen der Therapie spielt. Um spezifizieren zu können, auf welche Faktoren die Achtsamkeit wirkt, werden als Indikatoren einer gelingenden Beziehungsqualität die Basisvariablen nach C. Rogers untersucht. Die Ergebnisse der Untersuchung können anschließend dazu beitragen, die Bedeutung der Achtsamkeit für die Arbeit im therapeutischen Kontext zu klären. Neben den Möglichkeiten für den Klienten, soll auch der Nutzen einer solchen Haltung für den Therapeuten selbst Beachtung finden. Insbesondere im sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich, leiden die Fachkräfte unter Belastungsdruck und Burnout, wie eine umfassende Metaanalyse von Lee et al. (2011) zeigte. Die Untersuchung zeigt, ob sich hinsichtlich der inneren, achtsamen Haltung des Therapeuten eine gesunde Work- Life- Balance herstellen lässt, von welcher Therapeut und Klient gleichermaßen profitieren können.

Haupthypothese 1:

H₀: Es besteht kein Zusammenhang zwischen der achtsamen Lebenseinstellung und -haltung des Therapeuten im Allgemeinen und der Beziehungsqualität zum Klienten.

H₁: Je achtsamer ein Therapeut in seiner Lebenseinstellung und -haltung im Allgemeinen ist, desto positiver wirkt sich dies auf die Beziehungsqualität zum Klienten aus.

Subhypothesen:

1. H₀: Es besteht kein Zusammenhang zwischen der achtsamen Lebenshaltung des Therapeuten und dem empathischen Umgang mit dem Klienten.

H₁: Eine achtsame Lebenshaltung des Therapeuten beeinflusst das empathische Empfinden und somit den empathischen Umgang mit dem Klienten.

2. H₀: Die Echtheit des Therapeuten steht in keinem Zusammenhang mit dessen achtsamer Einstellung.

H₁: Die Echtheit des Therapeuten steht im Zusammenhang mit seiner achtsamen Einstellung.

3. H₀: Die gelebte Achtsamkeit im Alltag des Therapeuten wirkt sich nicht auf die akzeptierende Haltung gegenüber dem Klienten aus.

H₁: Die gelebte Achtsamkeit im Alltag des Therapeuten wirkt sich auf die akzeptierende Haltung gegenüber dem Klienten aus.

Haupthypothese 2:

H₀: Das theoretische Wissen, über das Konzept Achtsamkeit, hat weniger Einfluss auf die eigene achtsame Haltung des Therapeuten, als bereits in der Praxis erlernte oder angewandte Achtsamkeit.

H₁: Es besteht kein Unterschied, hinsichtlich des Einflusses von theoretischem Wissen über das Konzept Achtsamkeit und bereits in der Praxis erlernter oder angewandter Achtsamkeit, auf die eigene achtsame Haltung des Therapeuten.

4.2 Methodische Vorgehensweise

Um die Vorgehensweise im Rahmen der Untersuchung nachvollziehen zu können, wird im Folgenden das Design und die Stichprobe vorgestellt. Die Darstellung des Messinstrumentes, einem Online- Fragebogen, bezieht sich auf die beiden erhobenen Haupt- Konstrukte: Achtsamkeit und Beziehungsqualität. Vor der Auswertung der Daten wird die Durchführung der Befragung erläutert.

4.2.1 Forschungsdesign und Stichprobe

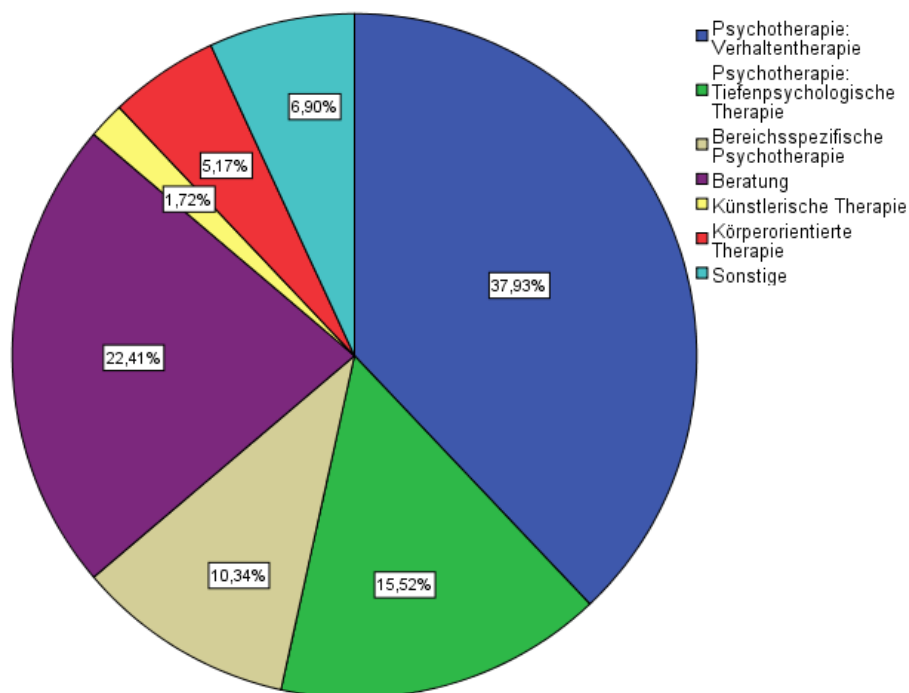
Um die Achtsamkeit der Therapeuten und die Auswirkung auf deren Beziehungsqualität zum Klienten zu erheben, wurde ein quantitatives Vorgehen gewählt, welches ermöglicht kausale Zusammenhänge zu erfassen. Aufgrund der zeitlichen Rahmenbedingungen wurde die Untersuchung als nicht- experimentelle Querschnittsstudie angelegt.

Als Stichprobe wurde eine Personenauswahl aus den Bereichen: Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie, Gestalttherapie, körperorientierte Therapie, künstlerische Therapie und Therapeuten, welche beratend tätig sind, getroffen. Um eine größere Zahl an Therapeuten zu erreichen und regional bedingte Unterschiede ausschließen zu können, wurde dabei bundesweit auf die Therapeuten-Listen von den folgenden Kammern und Vereinigungen zugegriffen:

Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten in Deutschland e.V.; Deutsche Vereinigung für Gestalttherapie; Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie e.V.; Berufsverband der Soziotherapeuten e.V. und die Psychotherapeutenkammern der Bundesländer.

Durch den Zugriff auf die Kontaktdaten dieser Vereine und Kammern, konnten 327 Adressen ermittelt werden, welchen der Online- Fragebogen zugestellt wurde. Von diesen 327 Emailadressen waren 8 ungültig, 37 haben den Fragebogen lediglich aufgerufen bzw. nicht beendet und 62 den Fragebogen komplett ausgefüllt. Da vier Datensätze eine Vielzahl fehlender Werte aufwies, erfolgte ein *complete case approach*. Somit wurden diese Datensätze aufgrund von Unvollständigkeit nicht in die Berechnungen und die Auswertungen einbezogen.

Abbildung 6: Tätigkeitsfelder der Teilnehmer



Die zur Analyse genutzte Stichprobe setzt sich aus 16 männlichen und 42 weiblichen Teilnehmern zusammen. Den Großteil machen dabei, wie in Abb. 6 zu sehen ist, die Verhaltenstherapeuten (37,93%) aus. Weiterhin nahmen beratend- tätige Therapeuten (22,41%) und Therapeuten mit Schwerpunkt „Tiefenpsychologische Verfahren“ (15,52%) teil. Jene Teilnehmer, welche in anderen spezifischen Feldern der

Psychotherapie tätig sind (10,34%) stammen laut eigenen Angaben aus den Bereichen Traumatherapie, Gestalttherapie, systemischer Sozialtherapie. Einen geringeren Anteil machen jene Teilnehmer aus körperorientierter (5,17%) und künstlerischer Therapie (1,72%) aus. Unter die Kategorie „Sonstige“ (6,9%) ordneten sich Teilnehmer der Bereiche Soziotherapie, Mentaltraining, Fachberatung, Familientherapie, Hypnotherapie, Psychoanalyse, Autismustherapie und tiergestützter Therapie ein. Somit setzt sich die Stichprobe aus Experten verschiedenster therapeutischer Richtungen zusammen.

Die Altersstruktur der Befragten zeigt sich in Tab. 1. Dabei ist der Großteil der Befragten zwischen 40 und 60 Jahren alt (70,7%). Eine etwa gleich geringe Zahl an Teilnehmern macht der Anteil der 30- bis 39- Jährigen (10,3%) und der über 60- Jährigen (13,8%) aus. Ein sehr geringer Teil ist unter 30 Jahren (3,4%).

Insgesamt wurde demnach eine heterogene Gruppe befragt, welche ein

Tabelle 1: Altersstruktur der Teilnehmer

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	20-29 Jahre	2	3,4
	30-39 Jahre	6	10,3
	40-49 Jahre	21	36,2
	50-59 Jahre	20	34,5
	60< Jahre	8	13,8
	Gesamtsumme	57	98,3
Fehlend	System	1	1,7
Gesamtsumme		58	100,0

durchschnittliches Alter von 40 bis 60 Jahren hat und überwiegend aus dem psychotherapeutischen Bereich stammt. Dabei lag die Rücklaufquote des Fragebogens insgesamt bei 18,9%, da der Großteil der angeschriebenen Therapeuten nicht auf den Fragebogen zugegriffen hat.

4.2.2 Instrumente

Die Erhebung erfolgte mittels Online Fragebogen. Dieser setzt sich aus verschiedenen Teilen zusammen. Die Hauptbefragung machen dabei der FFA für die Achtsamkeit aus und jener Teil, welcher die Beziehungsqualität erhebt.

4.2.2.1 Online- Fragebogen

Um den begrenzten zeitlichen und ökonomischen Ressourcen gerecht zu werden, erfolgte die Erhebung der Daten mittels Online- Fragebogen. Dieser ermöglicht eine schnelle und kostengünstige Realisierung der Befragung und erleichterte zudem die Wahrung der Anonymität der Befragten. Mithilfe der Software *Sosci Survey*, welche speziell für sozialwissenschaftliche Befragungen konzipiert wurde, konnte der Fragebogen somit flexibel erstellt, gestaltet und verwaltet werden (siehe Anhang).

Nach der Auswahl der Grafik für den Online Fragebogen, wurden die verschiedenen Fragebogenbestandteile und die zugehörigen Items festgelegt. Je nach Bedarf konnte dann Skalenniveau, Richtung der Skala und die Beschriftung der Skalenwerte erfolgen. Als hilfreiche Zusätze wurden eine Erinnerung bei unbeantworteten Fragen und ein fortlaufender Fortschrittsbalken integriert. Die Online- Fragebogen Software ermöglicht zudem eine Emailadressverwaltung, um zu verhindern, dass einzelne Adressaten doppelt angeschrieben werden.

Zu Beginn des Fragebogens erfolgt eine Begrüßung der Versuchspersonen, mit Erklärung zu Hintergründen und Ziel des Fragebogens. Informationen, wie Adressaten und Urheber des Fragebogens, sowie zum Ablauf und der Dauer der Befragung werden gegeben. Betont werden hierbei die Freiwilligkeit und die Anonymität der Teilnahme.

Danach werden persönliche Daten erhoben. Dafür erfolgte die Frage nach dem Geschlecht und der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Altersgruppe. Außerdem wurde der berufliche Hintergrund erfragt. Dazu konnten die Teilnehmer zwischen Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologischer Therapie, bereichsspezifischer Psychotherapie mit offener Nennung, Beratung, Künstlerischer Therapie, Körperorientierter Therapie und Sonstige mit offener Nennung wählen.

Bezogen auf die allgemeine Lebenssituation beantworteten die Teilnehmer dann die Fragen zu ihrer persönlichen achtsamen Haltung (siehe Kapitel 4.2.3.2). Darauf folgend wurden jene Fragen zur Beziehungsqualität zu den Klienten beantwortet (siehe Kapitel 4.2.3.3), welche sich auf den beruflichen Alltag beziehen.

Um zu erfassen, in welchem Ausmaß die Befragten bereits in Kontakt mit dem Konzept der Achtsamkeit gekommen sind, wurde die Bekanntheit des Konzepts und

verschiedener Methoden erfragt. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit dichotom (ja/nein) auf Fragen zur Kenntnis und eigener Erfahrung mit Achtsamkeit, MBSR oder MBCT zu antworten. Das Konzeptwissen wurde somit als theoretisches Wissen über das Konzept bzw. verschiedene Methoden und als die Praxiserfahrung mit Achtsamkeit erklärt.

Am Ende des Fragebogens wurde die Möglichkeit gegeben Kritik zu äußern oder Notizen zu verfassen, um eventuelle Unstimmigkeiten oder Ungereimtheiten bei der Beantwortung der Fragen festhalten zu können. Mit der Verabschiedung und Danksagung wurde der komplette Datensatz abgesendet und die Studie beendet.

4.2.2.2 Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit

.

Um die achtsame Haltung der Teilnehmer zu erfassen bedarf es einer validen Methode das Konstrukt in seiner Komplexität zu erheben. Ein Fragebogen erwies sich deshalb als ökonomische Methode. Da Achtsamkeit von außen nur schwer beobachtbar ist, wurde entschieden, die Selbstbeurteilung der Teilnehmer zu erheben.

Neben bekannten Instrumenten, wie der *Mindfulness and Attention Awareness Scale* (Brown&Ryan 2003) und der *Toronto Mindfulness Scale* (Bishop et al. 2003, 2004), wurde von Walach et al. (2004) eine deutsche Version, der *Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit* entwickelt. Validierungsuntersuchungen haben gezeigt, dass der FFA ein brauchbares, reliables und valides Instrument ist, welches auch in einem normalen oder psychotherapeutischen Kontext angewendet werden kann. Deshalb wurde sich für den FFA, als Instrument zur Erhebung der Achtsamkeit, in der vorliegenden Untersuchung, entschieden.

Die ursprüngliche Form des Fragebogens besteht aus 30 Fragen und ist für die Messung bei Personen mit expliziten Kenntnissen zur Achtsamkeitsmeditation gedacht. Da einige der Fragen bei der allgemeinen Bevölkerung allerdings nicht bzw. anders verstanden werden, als es im Achtsamkeitskontext wünschenswert wäre, wurde eine Kurzversion des Fragebogens entwickelt. Diese umfasst 14 Items und ist auch im

allgemeinen Kontext anwendbar und verständlich, sodass die Kurzversion des FFA für die Teilnehmer an dieser Untersuchung gewählt wurde. Dabei beziehen sich die Fragen auf das Konstrukt in der Vipassana- Meditation, welche als Charakteristika Aufmerksamkeit, Urteilslosigkeit, Gegenwärtigkeit, Nicht- Identifikation, Neutralität, Akzeptanz, Prozesshaftigkeit, Ganzheitlichkeit, Absichtslosigkeit, einsichtsvolles Verstehen, Anfängergeist und Reaktivität umfasst (vgl. Weiss/ Harrer/ Dietz 2010⁴, 91f.).

Die Items der Kurzversion lassen sich vier Faktoren zuordnen: der gegenwärtigen, nicht- identifizierten Aufmerksamkeit (F1); einer akzeptierende, nicht- urteilende Haltung (F2); dem ganzheitliches Annehmen (F3) und einem prozesshaften, einsichtsvollem Verstehen (F4). Wie in Tabelle 2 dargestellt, lassen sich den Faktoren die jeweiligen Items zuordnen. Der Generalfaktor der Kurzversion lässt sich zwar phänomenologisch in diese vier Faktoren unterteilen, allerdings können, aufgrund von Doppelladungen bzw. nicht sinnvoll- aufteilbaren Ladungen in der Faktorenanalyse diese nicht als selbstständige Teile bewertet werden. Eine klare Auftrennung des Konstruktes ist demnach nicht sinnvoll, sondern es sollte eher der Gesamtfaktor angenommen werde, welcher in verschiedenen Facetten beschrieben werden kann.

Tabelle 2: Faktoren mit zugehörigen Items

Faktor	Bezeichnung	Items
1	Gegenwärtige, nicht- identifizierte Aufmerksamkeit	1, 2, 3, 7, 10, 11, 12, 13
2	Akzeptierende, nicht- urteilende Haltung	4, 6, 7, 9, 11, 12, 12, 14
3	Ganzheitliches Annehmen	2, 3, 5, 7, 8,
4	Prozesshaftes, einsichtsvolles Verstehen	5, 8, 14

Die Fragen können auf einer vierstufigen Häufigkeitsskala (von „fast nie“ bis „fast immer“) beantwortet werde, wobei die Option auf Nichtbeantwortung („keine Angaben“) gegeben wurde, um willkürliche Antworten ausschließen zu können (vgl. Walach et al. 2009³, 765- 790).

4.2.2.3 Fragebogen zur Erhebung der Beziehungsqualität

Auch die Beziehungsqualität zwischen dem Therapeuten und dessen Klienten wurde im Fragebogen erfragt. Aufgrund der zeitlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen konnte die Befragung, lediglich durch eine einseitige Beurteilung durch den Therapeuten erfolgen. Da der Großteil der Instrumente, welche zur Erhebung der Beziehungsqualität dienen, auf Selbst- und Fremdbeurteilung abzielt, wurde ein eigenes Instrument entwickelt, um diese lediglich aus Sicht der Therapeuten zu erfahren. Die Tatsache, dass es sich bei der Zielgruppe um Personen handelt, welche eine ausgeprägte Fähigkeit zur Selbstreflexion haben und Möglichkeiten für Selbstüberprüfungen bereits in der Ausbildung erlernen bzw. als Qualitätskriterium ihrer Arbeit anerkennen, verspricht dennoch verlässliche Ergebnisse zu erhalten. Weiterhin wird versucht Verzerrungseffekte, wie beispielsweise soziale Erwünschtheit oder Akquieszenz, durch ein hohes Maß an Anonymität zu verringern.

Inhaltlich wird sich bei der Erhebung der Beziehungsqualität auf die Basisvariablen nach Rogers (1951) bezogen- Empathie, Echtheit und Akzeptanz. Diese gelten als die fundamentalen Bedingungen einer gelingenden Therapeuten- Klienten- Beziehung und wichtige Beziehungsfertigkeiten eines jeden Therapeuten. Auch ähnliche Begriffe, wie empathisches Verstehen, nicht- besitzergreifende Wärme oder kongruentes Handeln sind darunter zu verstehen. (vgl. Lambert/ Barley 2008, 119 f.).

Die Operationalisierung der *Empathie* erfolgt auf in Anlehnung an den „Toronto Empathy Questionnaire“, welcher von Nathan Spreng et al. (2009) auf der Grundlage von 20 Instrumenten zur Empathiemessung entwickelt wurde. Demnach lässt sich Empathie in fünf verschiedenen Dimensionen messen. Diese sind die korrekte Entschlüsselung nonverbaler Botschaften, Mitgefühl (Empfinden gleicher Emotionen, wie andere), Sensitivität (ähnliche Gedanken und Erinnerungen erleben), physiologische Reaktionen und Handlungen (Auslösen helfender oder unterstützender Handlungsimpulse). Zu den jeweiligen Skalen wurde je ein Item entwickelt, welches die Empathie erfassen soll (vgl. Spreng et al. 2009, 62- 91).

Die Messung der *Echtheit* der Teilnehmer erfolgt über die von Rogers (1977) festgeschriebenen Merkmalsausprägungen. Dazu gehören Selbstkongruenz

(Wahrnehmung innerer Erlebens, Einstellung und Gefühle), Selbstöffnung (Ausdrücken der inneren Welt, sofern es der Selbstentfaltung des Klienten dient), Transparenz (innere Erlebnisinhalte werden unverzerrt ausgedrückt) und Eigenständigkeit (unabhängiges Arbeiten nach eigenen Überzeugungen). All diese Faktoren beeinflussen die Signalkongruenz des Therapeuten und somit das Gelingen der Herstellung einer guten therapeutischen Beziehung (vgl. Sander/ Ziebertz 2006, 32- 35; Rogers 1992, 20 f.).

Die dritte Basisvariable, die *Akzeptanz*, wird ebenfalls nach der Erklärung von Rogers (1951) und der in der Literatur verwendeten Bedeutungen, untersucht. Demnach gehören innere Perspektivübernahme (als Grundvoraussetzung für Akzeptanz, um Eigenständigkeit des Klienten zu respektieren), bedingungslose positive Wertschätzung (vorbehaltsloses Annehmen einer Person und positive Gesinnung dieser gegenüber) und Wertungsfreiheit (vorurteilsfreies Zugehen auf andere) zu den Dimensionen der Variable (vgl. Höger 2006. 121 ff.).

Für alle genannten Skalen, welche zur Operationalisierung von Beziehungsqualität dienen sollen wurde je ein Item entwickelt. Mithilfe einer vierstufigen Likertskala konnten die Teilnehmer somit ihre Empathiefähigkeit, Akzeptanz und Echtheit einschätzen, von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“, bzw. „keine Angabe“ wählen. Das heißt je höher der eingeschätzte Wert liegt, desto höher ist auch die Ausprägung der jeweiligen Dimension (Ausnahme: umgepolte Items).

4.2.3 Durchführung

Um den Fragebogen empirisch zu überprüfen wurde ein Pretest mit 15 Testpersonen aus dem psychosozialen und pädagogischen Bereich durchgeführt. Somit konnte die Verständlichkeit von Anweisungen und Fragen überprüft und eventuelle Schwachstellen des Fragebogens erkannt werden. Nach dem Pretest wurde lediglich die Auswahl der Berufsfelder und einige wenige Frageformulierungen abgeändert.

Danach erfolgte das Senden des Fragebogens per Email an die Adressen der Stichprobe. Diese Email beinhaltete eine Erklärung zum Inhalt und die Therapeuten wurden darum gebeten, den Fragebogen auszufüllen. Für die Zugänglichkeit des Fragebogens unter der angegebenen Web- Adresse war ein Zeitfenster von 20 Tagen vorgesehen. Durch eine unzugängliche Verschlüsselung konnte der Status (ausgefüllt, zugegriffen, nicht zugegriffen) der jeweiligen Adresse über die Sosci- Software eingesehen werden. Somit erfolgte 10 Tage vor Ablauf der Frist das Senden einer Erinnerungsmail an jene Emailadressen, welche nicht auf den Link zugegriffen haben oder den Fragebogen noch nicht ausgefüllt hatten.

Das Abspeichern des Fragebogens erfolgte über eine SSL- Verschlüsselung, ein hybrides Sicherheitsprotokoll, welches die sichere Übertragung von Daten im Internet ermöglicht. Abschließend konnten die Daten, als kompletter Datensatz heruntergeladen werden und waren so zur Weiterverarbeitung mit einem Auswertungsprogramm verfügbar.

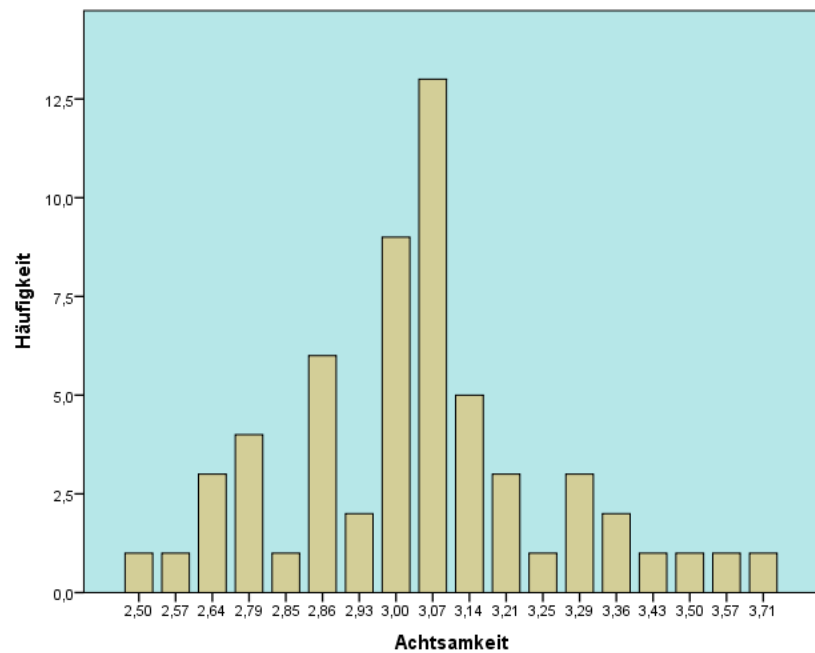
4.3 Auswertung

Im Folgenden sollen nun die Untersuchungsergebnisse zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen herangezogen werden. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS, einer verbreiteten Statistik- und Analysesoftware. Wie bereits erwähnt, wurden dabei vier Datensätze aufgrund fehlender Daten, welche keine Aussage über die achtsame Haltung der Teilnehmer zulassen, von der Analyse ausgeschlossen.

Zur Überprüfung der Hypothesen und des Zusammenhangs der einzelnen Variablen wurden hauptsächlich Korrelationen ($\alpha = 0,05$) nach Pearson durchgeführt. Die Stärke des Zusammenhangs wird durch den Korrelationskoeffizienten (r) beschrieben, welcher in dem Bereich von -1 bis +1 liegt. Für die Interpretation der Zusammenhangsstärke gilt: 0 bis 0,005 zu vernachlässigen; über 0,005 bis 0,2 gering; über 0,2 bis 0,5 mittel; über 0,5 bis 0,7 hoch; über 0,7 sehr hoch (Zöfel 2003, 151; Kühnel/ Krebs 2001, 404 f.).

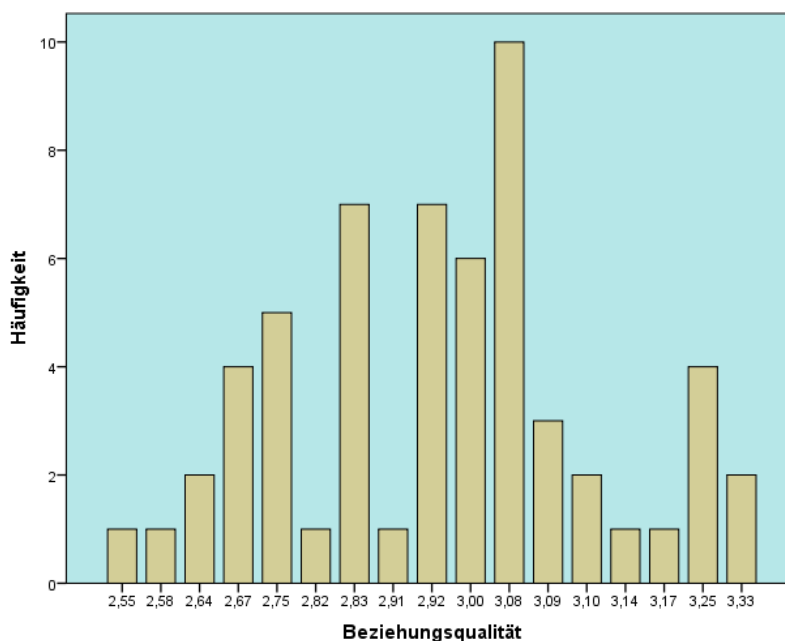
Um die Achtsamkeit der Therapeuten zu ermitteln, wurde zunächst unter Berücksichtigung der Umpolung einzelner Items, der Mittelwert aller Angaben im FFA gebildet. Dabei liegt der Mittelwert aller Therapeuten bei $\bar{x} =$

Abbildung 7: Achtsamkeit der Teilnehmer



3,0714 mit einer geringen Standardabweichung von $s^2 = 0,2370$. Wie in Abb. 7 zu sehen ist, bewegen sich demnach die Werte in einem sehr hohen Bereich der Achtsamkeit (2,5 bis 3,71), wobei der Wert 1 für eine sehr geringe und der Wert 4 für eine sehr hohe achtsame Einstellung steht.

Abbildung 8: Beziehungsqualität der Teilnehmer



Ähnlich wurde auch für die Feststellung der Beziehungsqualität verfahren. Auch für diese Variable zeigen sich, wie bereits bei der Achtsamkeit, eine rechtsschiefe Verteilung und somit recht hohe Werte. Vorerst wurden deshalb jeweils die

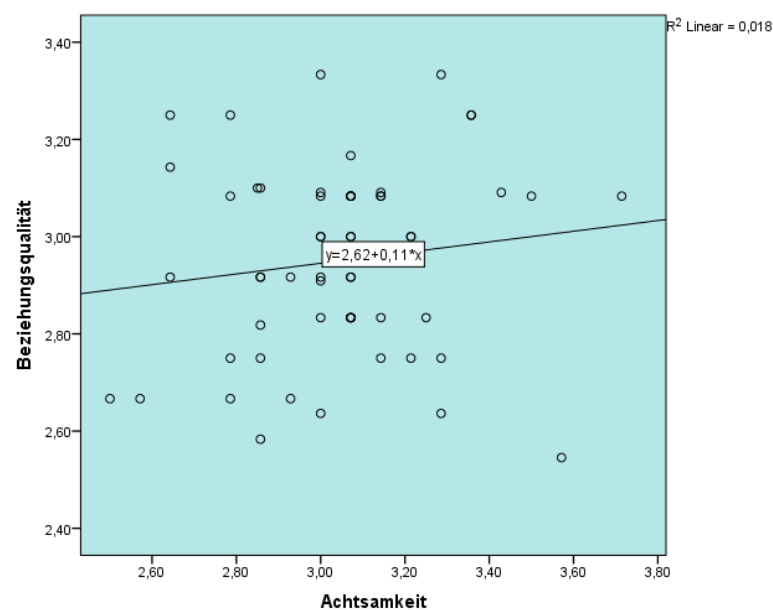
Mittelwerte für die Indikatoren Empathie, Akzeptanz und Echtheit gebildet. Daraufhin erfolgte die Berechnung des Mittelwertes der Beziehungsqualität unter der relativen

Wichtung der jeweiligen Items. Abb. 8 zeigt die Angaben der Teilnehmer. Der Mittelwert liegt bei $\bar{x}=2,9496$ und die Streuung bei $s^2=0,1952$. Somit gehen auch hier die Werte der Therapeuten nicht sehr weit auseinander. Die Angaben bewegen sich in einem Bereich zwischen 2,55 und 3,33 und sind somit eher in einem besseren Bereich der Beziehungsqualität anzusiedeln.

Haupthypothese 1:

Um zu ermitteln inwiefern die Achtsamkeit der Therapeuten mit der eingeschätzten Beziehungsqualität zusammenhängt, wird zunächst ein Punkt-/Streudiagramm (Abb. 9) der beiden Variablen erstellt, welches deren gemeinsame Verteilung zeigt. Trotz der relativ großen Streuung lässt sich durch die Regressionsgerade eine leicht positive Tendenz erkennen. Werden die Mittelwerte beide Variablen miteinander korreliert, indem mit einer einseitigen Pearson- Korrelation der Korrelationskoeffizient ermittelt wird, so lässt sich lediglich ein geringer bis mittelmäßiger Zusammenhang zwischen ihnen finden. Dieser ist allerdings nicht signifikant und liegt bei $r= .133$ ($p= .159$). Unter der Kontrolle von möglichen Einflussvariablen, wie Geschlecht, Alter und Konzeptwissen liegt der Korrelationskoeffizient weiterhin niedrig bei $r= .173$ ($p= .105$), ist jedoch minimal höher. Somit wird für die Haupthypothese 1 die H_0 angenommen. Lediglich unter speziellen Kontrollbedingungen kann die H_1 angenommen werden (siehe Unterhypothesen).

Abbildung 9: Punkt-/ Streudiagramm- Beziehungsqualität und Achtsamkeit



Unterhypothesen:

Um zu sehen, inwiefern sich dieses Ergebnis auch im Zusammenhang zwischen der achtsamen Einstellung und den Faktoren Empathie, Akzeptanz und Echtheit spiegelt, werden deren Mittelwerte einzeln mit der Achtsamkeit korreliert. Die nachfolgende Tabelle (Tab.3) zeigt die Ergebnisse der einzelnen Faktoren.

***Tabelle 3:** Korrelation von Achtsamkeit mit Variablen der BQ*

		Empathie	Echtheit	Akzeptanz
Achtsamkeit	Pearson-Korrelation	-,115	,065	,306**
	Sig. (1-seitig)	,195	,314	,010
	N	58	58	58

Ein sehr signifikantes Ergebnis mit $r = .306^*$ ($p = .010$) konnte für die Akzeptanz ermittelt werden. Demnach lässt sich ein mäßiger linearer Zusammenhang feststellen. Einen sehr geringen, nicht- signifikanten Zusammenhang ließ sich bei der Echtheit finden ($r = .065$; $p = .314$). Hinsichtlich der Empathie lässt sich sogar ein negativer Zusammenhang feststellen. Allerdings ist dieser nicht- signifikant und gering bei $r = -.115$ ($p = .195$).

***Tabelle 4:** Kontrollierte Korrelation von Achtsamkeit mit Variablen der BQ*

Kontrollvariablen		Empathie	Echtheit	Akzeptanz
Geschlecht & Alter & Achtsamkeit allg. Konzeptwissen		-,077	,038	,358**
		,291	,392	,004
		52	52	52

Unter der Kontrolle von den Variablen Geschlecht, Alter und allgemeinem Konzeptwissen, mittels partieller Korrelation, ergibt sich ein, in Tab. 4 dargestelltes, Ergebnis. Demnach ergibt sich eine sehr signifikante Korrelation zwischen Achtsamkeit und Akzeptanz bei $r = .358^{**}$ ($p = .004$) bei einem mäßig bis deutlichen linearen Zusammenhang. Der ohnehin geringe, nicht signifikante Zusammenhang mit der Echtheit des Therapeuten bleibt mit $r = .038$ ($p = .392$) auf ähnlich geringem Niveau. Achtsamkeit korreliert mit der Empathie ergibt unter der Kontrolle einen noch geringeren, kaum linearen negativen Zusammenhang ($r = -.077$; $p = .291$). Als Erklärung für die Veränderung des Korrelationskoeffizienten bei der Akzeptanz zeigt

sich das Alter. Dieses korreliert mit $r = -.176$ ($p = .093$) und zeigt somit einen leichten Zusammenhang. Für die leichte Veränderung des Korrelationskoeffizienten bei der Achtsamkeit und Empathie lässt sich der Zusammenhang von Empathie und Konzeptwissen als Erklärung hinzuziehen. Die beiden Variablen korrelieren mit $r = -.199$ ($p = .067$) und zeigen somit einen negativen geringen linearen Zusammenhang.

Um Gruppenunterschiede untersuchen zu können erfolgte ein Mediansplit der Achtsamkeitsvariable. Somit konnten die insgesamt relativ hohen Werte der Therapeuten in zwei sinnvolle, etwa gleichgroße Gruppen aufgeteilt werden. Für die Stichprobe wurden somit eine weniger achtsame („geringe Achtsamkeit“) und eine eher achtsame Gruppe („hohe Achtsamkeit“) festgelegt, wobei allerdings nicht zu vergessen ist, dass sich alle Teilnehmer im Bereich einer mäßig bis hohen Achtsamkeit bewegen. Um zu sehen, wie sich die jeweilige Gruppe in Bezug auf die Beziehungsqualität im Allgemeinen und deren einzelne Faktoren verhält, erfolgte eine Korrelation mit den jeweiligen Variablen (Tab.5).

Tabelle 5: Korrelation nach Achtsamkeitsgruppen

Achtsamkeit Mediansplit		Akzeptanz	Echtheit	Empathie	Beziehungs- qualität
geringe Achtsamkeit		,434*	,166	-,320	,121
	Achtsamkeit	,012	,203	,052	,274
		27	27	27	27
hohe Achtsamkeit		,172	,350*	-,374*	,019
	Achtsamkeit	,177	,027	,019	,459
		31	31	31	31

Betrachtet man den Zusammenhang von achtsamer Einstellung auf die Empathie so ergibt sich für die Gruppe mit hoher Achtsamkeit ein Wert von $r = -.374^*$ ($p = .019$) einen signifikanten Zusammenhang, welcher negativ und mäßig linear ist. Die Gruppe mit geringerer Achtsamkeit hingegen hat einen nicht- signifikanten mittleren, negativen Zusammenhang von $r = -.320$ ($p = .052$). Hinsichtlich des Einflusses auch die Echtheit des Therapeuten zeigt sich bei der achtsameren Gruppe ein signifikanter, mäßiger Zusammenhang von $r = .350^*$ ($p = .027$). Dahingegen zeigt sich bei der Gruppe mit weniger Achtsamkeit ein Korrelationskoeffizient von $r = .166$ ($p = .203$), welcher einen nicht-signifikanten schwachen Zusammenhang beschreibt. Der Zusammenhang

der achtsamen Einstellung auf die akzeptierende Haltung liegt in der höherer achtsamen Gruppe bei $r = .172$ ($p = .177$), demnach einen schwachen Zusammenhang. Die weniger achtsame Gruppe weist mit $r = .434^*$ ($p = .012$) einen deutlich linearen Zusammenhang auf, welcher signifikant ist. Somit ist der Zusammenhang von Achtsamkeit und Akzeptanz in der geringer achtsamen Gruppe stärker, als in der achtsameren Gruppe. Die Beziehungsqualität im Allgemeinen zeigt weder bei der geringer achtsamen, noch bei der höher achtsamen Therapeutengruppe einen signifikanten Zusammenhang. Während die geringer achtsame Gruppe einen sehr schwachen linearen Zusammenhang bei $r = .121$ ($p = .274$) zeigt, ist dieser bei der achtsameren Gruppe kaum zu sehen ($r = .019$; $p = .459$). Die Ergebnisse zeigen somit, dass für die 1. Und 2. Unterhypothese die H_0 angenommen wird und für die 3. Unterhypothese die Alternativhypothese H_1 gilt.

Da die Unterthesen zur Überprüfung und Spezifizierung der Haupthypothese gelten, wurde aufgrund der überraschenden Ergebnisse, hinsichtlich des Zusammenhangs mit der Empathie, eine erneute partielle Korrelation der Achtsamkeit mit der Beziehungsqualität, unter Kontrolle von Geschlecht, Alter, Konzeptwissen und Empathie durchgeführt. Die Ergebnisse für diese Berechnung ergeben einen signifikanten Zusammenhang der Achtsamkeit mit der Beziehungsqualität, bestehend aus Akzeptanz und Echtheit, mit einem Wert von $r = .240^*$ ($p = .042$). Demzufolge ist der Zusammenhang der Haupthypothese 1 unter diesen Bedingungen signifikant und zeigt sogar einen mittleren Zusammenhang.

Haupthypothese 2:

Fast alle Therapeuten kennen sich, laut eigener Aussage, mit dem Konzept der Achtsamkeit aus. Fast die Hälfte (44,8%) hat bereits an einem achtsamkeitsbasierten Training teilgenommen, fast ebenso vielen sagt MBCT (48,3%) und dem Großteil MBSR (60,3%) etwas. Für die Messung des Einflusses von theoretischem Konzeptwissen bzw. der Praxiserfahrung mit Achtsamkeit auf die eigene achtsame Einstellung des Therapeuten, wurden auch diese Variablen miteinander partiell korreliert. Um mögliche Störvariablen auszuschließen erfolgte dabei die Kontrolle von Alter und Geschlecht.

Tab. 6 zeigt, dass das theoretische Wissen über das Konzept, mit $r = .155$ ($p = .129$), lediglich gering mit der achtsamen Einstellung zusammenhängt. Auch die Erfahrung mit dem Konzept in der Praxis zeigt nur einen schwachen Zusammenhang ($r = .130$; $p = .172$). Die beiden Variablen mittels Median zusammengefasst ergeben das allgemeine Konzeptwissen, welche sowohl theoretisches, als auch praktisches Wissen impliziert. Dieses zeigt einen schwachen bis mäßigen Zusammenhang mit der achtsamen Lebenseinstellung der Therapeuten bei $r = .178$ ($p = .097$). Somit ist kein Zusammenhang signifikant und nur eine schwache bis mäßige Linearität erkennbar. Für die 2. Haupthypothese wird somit die H_0 angenommen.

Tabelle 6: Kontrollierte Korrelation von Konzeptkenntnissen und Achtsamkeit

Kontrollvariablen		Allgemeines Konzeptwissen	Konzept Theorie	Konzept Praxiserfahrung
Alter &	Achtsamkeit	,178	,155	,130
Geschlecht		,097	,129	,172
		53	53	53

Interessant ist es, in diesem Zusammenhang auch zu schauen, inwiefern das Alter oder das Geschlecht Einfluss auf das Wissen über Achtsamkeit haben. Man könnte annehmen, dass jüngere Therapeuten, aufgrund der Aktualität des Themas, vertrauter damit sind. Auch könnte das Geschlecht einen Einfluss auf die achtsame Haltung haben, da Frauen meist empfänglicher für spirituelle Themen sind, als Männer (Zulehner/ Steinmair-Pösel, 2011). Die Pearson-Korrelation zeigt, dass lediglich das Alter einen Einfluss auf das Konzeptwissen im Ganzen hat. So ergibt sich ein

Korrelationskoeffizient von $r = -.226^*$ ($p = .045$) ein negativer und mittlerer linearer Zusammenhang.

Tabelle7: Korrelation von Geschlecht und Alter mit Konzeptkenntnissen

		Konzeptwissen	Konzept Theorie	Konzept Praxiserfahrung
Geschlecht	Pearson-Korrelation	,069	,019	,088
	Sig. (1-seitig)	,304	,444	,254
	N	58	58	58
Alter	Pearson-Korrelation	-,226*	-,205	-,158
	Sig. (1-seitig)	,045	,063	,121
	N	57	57	57

4.4 Diskussion der Ergebnisse

Das Ergebnis zeigt, dass Therapeuten, als spezielle Stichprobe bezüglich sozialer und emotionaler Kompetenzen, insgesamt gute Werte in der achtsamen Einstellung und der eingeschätzten Beziehungsqualität erzielten. Da der Aufbau einer guten Beziehung zum Klienten zur zentralen Aufgabe der therapeutischen Arbeit gehört, ist es eher unwahrscheinlich, bei einer solchen Stichprobe Ergebnisse zu finden, welche auf eine schlechte Beziehungsqualität hinweisen. Möglicherweise hätte, aufgrund der geringen Streuung der Werte hinsichtlich dieser Variablen, eine detailliertere Skalaabstufung (z.B. 10- stufige Likertskala) präzisere und genauere Berechnungen und Effekte zugelassen

Wie die Ergebnisse zeigen ließ sich nur ein schwacher Zusammenhang zwischen der Achtsamkeit der Therapeuten und der Beziehungsqualität im Allgemeinen finden. Zwar ist die Tendenz gegeben, dass bei einer achtsamen Haltung des Therapeuten, auch die Beziehung zum Klienten qualitativ besser, bezüglich Empathie, Akzeptanz und Achtsamkeit ist, allerdings ist diese nicht verallgemeinerbar. Um dieses Ergebnis zu erklären kann die Auswertung der Unterhypothesen hinzugezogen werden.

Der Einfluss, welchen die Achtsamkeit auf die Akzeptanz hat, ist dabei recht deutlich und zeigt den stärksten Zusammenhang bezüglich der Roger'schen Basisvariablen. Grund dafür könnte die enge Verknüpfung von Akzeptanz und einer damit verbundenen, nicht- wertenden Haltung mit dem Achtsamkeitskonzept sein. Dabei

kehrt der Therapeut immer wieder zu seinem Objekt der Aufmerksamkeit, dem Klienten, zurück, wobei die Wahrnehmung im gegenwärtigen Moment verweilt und keine (kritischen) Gedanken zulässt. Eine achtsame Haltung impliziert Wertungsfreiheit, das Annehmen anderer Menschen, mit allen Besonderheiten und Eigenheiten. Somit lässt sich Akzeptanz als Ausprägung einer achtsamen Lebenseinstellung sehen und zeigt die wohlwollende Haltung allen Erfahrungen gegenüber. Dabei kann sie „nicht erzwungen werden, sie entsteht auf natürliche Weise, wenn etwas aus einer Haltung von »Liebender Güte« betrachtet wird“ (Weiss/ Harrer/ Dietz 2010⁴, 252).

Dem gegenüber steht das überraschende Ergebnis der Untersuchung, dass eine achtsame Haltung mit weniger Empathie gegenüber dem Klienten einhergeht. Betrachtet man andere Forschungen so zeigt sich eher der positive Einfluss von Achtsamkeit auf die empathische Haltung. Dabei zeigen verschiedene Studien (z.B. Beddoe & Murphey, 2004; Shapiro et al., 1998), welche positive Auswirkung ein MBSR- Training auf das Empathievermögen hat. Da Miteinander- Verbundensein und das Erkennen von Ganzheit zu den Achtsamkeitsübungen gehören, ist hier eine mögliche Erklärung für das gesteigerte Empathieniveau zu finden (vgl. Staemmler 2009, 240 f.).

Die negativen Effekte, in der vorliegenden Untersuchung, könnten sich durch eine Inkompatibilität der Achtsamkeit und der Fragen aus dem *Toronto Empathy Questionnaire* erklären lassen. Jene Aussage, welche das Auslösen von Handlungsimpulsen erfragt („*Ich verspüre den Impuls sofort etwas zu tun, wenn ein(e) KlientIn aus der Fassung gerät.*“), widerspricht der Annahme bei einer achtsamen Lebensweise, vom Tun- in den Sein- Modus wechseln zu können. Wie bereits im Kapitel 2.3.2 beschrieben, besteht im therapeutischen Setting oftmals die Schwierigkeit, weg vom Tun-Modus zu agieren und stattdessen ein Mit- Sein mit dem Klienten anzustreben. Wird nun also angenommen, dass bei einer höher achtsamen Haltung ein gesteigertes Streben nach dem Sein- Modus geschieht, so widerspricht das Auslösen des Handlungsimpulses komplett dieser inneren Einstellung des Therapeuten. Auch die Frage nach der Sensitivität („*Ich empfinde keine Sympathie für KlientInnen, die Ihre Krankheit selbst verursacht haben*“) könnte in ihrem Wortlaut im Widerspruch zu einer achtsamen Haltung stehen. Der Begriff *Sympathie* kann

neben der Bedeutung einer positiv, wohlwollenden Einstellung einem anderen gegenüber, auch aus epydemologischer Sicht als *Mitleid* übersetzt werden. Dem Mitgefühl mit sich selbst und anderen, welches die Achtsamkeit prägt, gegenüber steht das Mitleid. Dieses verringert das Leid nicht, sondern wirkt meist sogar verstärkend. Ein empathisch handelnder Therapeut ist demzufolge mitfühlend, allerdings nicht mitleidend (vgl. Barthel 2008, 40 f.; Wetzel 2014, 80).

Ebenfalls kritisch hinsichtlich der Operationalisierung und der Kompatibilität, könnte die Aussage sein, welche die physiologische Reaktion als Indikator für die Empathie sieht („*Ich bekomme einen Hitzeschwall, wenn meine KlientInnen berichten, dass Sie respektlos oder unangemessen behandelt werden.*“). Die Hitzewallung ist dabei eine Stressreaktion, ist diese akut, so signalisiert sie eine angemessene Reaktion des Körpers, welcher sich allerdings wieder erholen und beruhigen muss. Da eine achtsame Haltung auch den Umgang mit Stress beeinflusst, kann sie zur Minderung physiologische Reaktionen beitragen. So konnte bereits in mehreren Studien die positive Wirkung von Achtsamkeit auf Stresshormone und erhöhten Blutdruck nachgewiesen werden (Astin, 1997; Shapiro et al., 1998; Chiesa, 2009) (vgl. Anderssen- Reuster 2013, 71 f.).

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Erhebung der Empathie mithilfe der angewandten Variante des *Toronto Empathy Questionnaire* eine Inkompatibilität, im Zusammenhang mit der achtsamen Haltung, aufweisen kann. Möglicherweise müssten für validere Ergebnisse, bezüglich der Beziehungsqualität, die Aussagen für die Empathie so angepasst werden, dass die Formulierungen nicht im Widerspruch zum Achtsamkeitskonzept stehen. Eine andere Möglichkeit wäre, auf einen anderen Fragebogen zur Empathiemessung zurückzugreifen, wie beispielsweise die *Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)* von Mehrabian (2000), welche das indirekte Erfahren der Gefühle des anderen und zwischenmenschliche Positivität erfasst. Weiterhin könnte als geeignete Methode, auch eine, auf den therapeutischen Kontext abgewandelte, Erfragung über die von Hojat et al. (2001) entwickelte *Jefferson Scale of Physician Empathy* sein.

Bei der Annahme, dass die Ergebnisse der Empathie aufgrund schlechter Passung der Fragebogenkonstrukte, keine verlässlichen Daten liefern, muss auch der Einfluss auf die Berechnung der Beziehungsqualität berücksichtigt werden. Sobald lediglich die

Akzeptanz und Echtheit zur Beschreibung der Beziehung zwischen Klient und Therapeut hinzugezogen werden, gestaltet sich der Einfluss, welchen die achtsame Haltung auf die Beziehungsqualität im Allgemeinen hat, anders. Demnach hat die achtsame Einstellung des Therapeuten durchaus einen signifikanten Einfluss auf die Beziehungsqualität zum Klienten.

Um dieses Ergebnisse präziser und umfassender untersuchen zu können, wäre eine Erfassung der Beziehungsqualität, als komplexes Konstrukt, in umfangreicher Art und Weise und mittels Selbst- und Fremdbeurteilung, von Therapeut und Klient, nötig. Die vorliegende Untersuchung kann lediglich Tendenzen aufzeigen und die Richtung des Zusammenhangs bestimmen, ohne jedoch die Beziehungsqualität in ihrem vollen Umfang zu erfassen. Eine umfassende Folgeuntersuchung könnte sich demnach nicht nur auf die drei grundlegenden Basisvariablen beziehen, sondern versuchen, alle Dimensionen der Beziehung zwischen Therapeuten und Klienten, welche auch in Kapitel 3.2 erläutert werden, zu integrieren. So könnte der *Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung* (Fuchs et al., 2003), zur Erfassung von Empathie, Echtheit, Wertschätzung, Deutung, Bewusstheit, Strukturierung, Konfrontation, Durcharbeiten, emotionszentriertem Arbeiten und Verstärkung, Anwendung finden und die Beziehungsqualität umfassender und breit gefächerter widerzuspiegeln.

Insgesamt lässt sich jedoch, bei Vernachlässigung der Ergebnisse des Empathiefragebogens, durchaus ein positiver Einfluss der achtsamen Haltung des Therapeuten auf die Beziehungsqualität zwischen ihm und seinen Klienten feststellen. Vor dem Hintergrund, dass die therapeutische Beziehung als grundlegende Voraussetzung für das Gelingen der Therapie gilt, kann die innere achtsame Haltung des Therapeuten einen wesentlichen Beitrag dazu leisten.

Da eine achtsame Haltung förderlich für die therapeutische Arbeit sein kann, ist es wichtig zu untersuchen, inwiefern sich diese Haltung verinnerlichen lässt. In der Literatur wird immer wieder das Üben und Praktizieren von Achtsamkeit, als Voraussetzung für die Verinnerlichung und echte, achtsame Haltung, hervorgehoben. Demnach ist es wichtig zu überprüfen, inwiefern dieses Thema für die Berufsgruppe der Therapeuten mit ihren spezifischen Eigenschaften und Erfahrungen, vermittelt werden kann. Bei der Untersuchung des Einflusses, welchen das theoretische Wissen bzw. die Praxiserfahrung mit Achtsamkeit auf die innere, achtsame Haltung des

Therapeuten hat, zeigten sich kaum Unterschiede. Während das allgemeine Wissen über das Konzept zwar eine höhere achtsame Einstellung beeinflusst, ist allerdings zwischen Praxiserfahrung und Theoriewissen kein Unterschied zu erkennen. Demzufolge könnte bereits die Auseinandersetzung mit dem Thema die eigene Achtsamkeit fördern. Da es sich bei Therapeuten allerdings um eine sehr spezielle Stichprobe handelt, welche ein hohes Maß sozial- emotionalen Kompetenzen in ihrem Beruf mitbringt, könnte es sein, dass sie dadurch empfänglicher für das Achtsamkeitskonzept sind. Interessant wäre es zu untersuchen, welchen Effekt das rein theoretische Wissen im Unterschied zur Praktizierten Achtsamkeit bei Angehörigen helfender Berufe und beispielsweise einer Vergleichsgruppe aus dem technischen Bereich, auf die verinnerlichte, achtsame Haltung hat. Eventuell fällt es Therapeuten leichter, sich auf ein solches spirituelles Thema, welches viel Beschäftigung mit dem eigenen Ich verlangt, einzulassen, sodass bereits auch lediglich theoretisches Wissen, gewisse Denk- und Wahrnehmungsprozesse anregt. Wahrscheinlich zeigt sich auch hier eine enge Verknüpfung der therapeutischen mit der achtsamen Haltung (vgl. Weck 2013, 45 f.).

Interessant ist, dass das Alter eine Rolle bezüglich des Konzeptwissens spielt. Demnach haben jene Therapeuten, welche den jüngeren Altersgruppen angehören mehr Konzeptwissen und kommen eher mit achtsamkeitsbasiertem Training in Kontakt, als jene Therapeuten, welche bereits älter sind. Grund hierfür könnte sein, dass das Konzept Achtsamkeit zwar bereits seit Mitte des 20. Jahrhunderts in der Psychologie und Medizin existiert und Anwendung findet, jedoch erst in den letzten Jahren vermehrt in der Literatur und Forschung behandelt wird.

6 Fazit

Betrachtet man die insgesamt positiven Tendenzen, welche sich in der Untersuchung abzeichnen, so lässt sich sagen, dass eine achtsame Einstellung im Allgemeinen einen positiven Einfluss auf die Beziehungsqualität und daraus resultierend den Therapieerfolg haben kann. Dabei ist nicht nur die Konsequenz für den Patienten und dessen Therapieerfolg zu beachten, sondern auch jener Effekt, welchen diese achtsame Haltung zur Psychohygiene des Therapeuten beitragen kann. Jede Therapiestunde bedeutet hohen kognitiven und emotionalen Aufwand, folglich sind Überlastung und Stress, bei den Therapeuten selbst, keine Seltenheit. Negative Gefühle, welche die Klienten in die Therapiesitzung mitbringen, werden ausgehalten und eine tragfähige, therapeutische Beziehung kontinuierlich aufrechterhalten. Hilft die achtsame Haltung des Therapeuten einerseits die Schwierigkeiten der Beziehungsarbeit leichter zu meistern, so kann sie auch für das persönliche Wohlbefinden und die eigene Gesundheit von großem Wert sein. Neben hoher Arbeitsbelastung ist es auch die persönliche Involviertheit des Therapeuten, welche nicht selten zu Burnout führt. Mittels Achtsamkeit kann mit stressfördernden Situationen ruhiger und auf einer anderen Ebene der Wahrnehmung begegnet oder dem entstandenen Stress mithilfe verschiedener achtsamer Methode entgegengewirkt werden (vgl. Dikomey 2008, 2f.; Hofmann/ Hoffmann 2011, 32ff.).

Obwohl sich diese Ergebnisse in erster Linie auf das therapeutische Setting beziehen, so lassen sie sich sicherlich auch auf jene Bereiche der Sozialen Arbeit übertragen, in welchen eine gute Beziehung zwischen Sozialarbeiter und Klient von hoher Relevanz ist. Wahrscheinlich profitieren neben Therapeuten oder Beratern, insbesondere auch jene, welche mit schwierigen Klienten arbeiten, von einer achtsamen und akzeptierenden Haltung. Interessant wäre es deshalb weitere Untersuchungen zur Wirksamkeit von Achtsamkeit im sozialpädagogischen Bereich durchzuführen. Mögliche Fragestellungen hierfür wären: Wie wirkt sich ein konzeptionell in die Ausbildung integriertes Achtsamkeitstraining, auf den Berufseinstieg angehender Sozialpädagogen aus? Welche Unterschiede zeigen sich bezüglich der achtsamen Haltung von Sozialarbeitern, hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit im jeweiligen Tätigkeitsbereich? Auch wäre es interessant zu untersuchen, inwiefern

achtsamkeitsbasierende Verfahren angewandt werden können, um der hohen Burnout-Rate im sozialen Bereich entgegen zu wirken. Denn achtsamkeitsfokussierte Trainingsangebote oder Weiterbildungen für Angehörige helfender Berufe scheinen durchaus sinnvoll zu sein, um einerseits die Qualität der Arbeit sicherzustellen und andererseits auf die eigene Psychohygiene zu achten. Neben dem Blick auf das Wohlbefinden der Klienten, sollte demnach auch die Gesundheit der (sozial-) pädagogischen und psychiatrischen Fachkräfte nicht unbeachtet bleiben (vgl. Stemmer- Lück 2009, 314 ff.).

Die eigene Haltung beeinflusst die Arbeit mit dem Klienten, in Bezug auf ein achtsames Miteinander und der von Achtsamkeit geprägten Wahrnehmung seiner Probleme. Dies wiederum, wirkt sich positiv auf das eigene Wohlbefinden und die Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit aus. Der Arbeit und dem Klienten wird mit weniger Stress begegnet und die gegenwärtige, akzeptierende Haltung ermöglicht es, eigene Grenzen besser zu erkennen, aber auch zu weiten. Der eingangs zitierte Thích Nhất Hạnh drückt dies mit folgenden Worten aus: „Alles, was wir für uns selbst tun, tun wir auch für andere, und alles, was wir für andere tun, tun wir auch für uns selbst.“ (Thích Nhất Hạnh 2003, o.S.). Dabei bezieht sich dies nicht allein auf die Arbeit im sozialpädagogischen Bereich, sondern sollte ein grundlegender Handlungswegweiser eines jeden Menschen für ein friedvolles und liebevolles Miteinander sein.

7 Literaturverzeichnis

Anderssen- Reuster, U. (2011²): Ich- Stärkung oder Selbst- Überwindung? In:
Anderssen- Reuster, U. (2011²): Achtsamkeit in Psychotherapie und
Psychosomatik. Haltung und Methode, S. 91- 109. Stuttgart: Schattauer.

Anderssen- Reuster, U. (2013): Achtsamkeit. Das Praxisbuch für mehr Gelassenheit
und Mitgefühl. Stuttgart: Trias.

Astin, J. A. (1997): Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on
psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. In:
Psychother Psychosom. Vol. 6, Heft 2, S. 97- 106.

Auhagen, E. (2008): Soziale Schlüsselkonzepte der therapeutischen Beziehungen. In:
Hermer, M./ Röhrle, B.(2008): Handbuch der therapeutischen Beziehungen,
Bd.1, S.169- 193. Tübingen: dgvt- Verlag.

Avermaet, E.v. (1997): Sozialer Einfluss von Kleingruppen. In: Stroebe, W./
Hewstone, M./ Stephenson, G.M. (Hrsg.) (1997): Sozialpsychologie- Eine
Einführung, S. 503- 544. Berlin: Springer.

Baer, R. A./ Smith G. T./ Allen, K. B. (2004): Assessment of mindfulness by self-
report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. In: Assessment,
Jahrgang 2004, Heft 3., S. 191-206.

- Barthel, V. (2008): Empathie, Mitleid, Sympathie. Rezeptionslenkende Strukturen mittelalterlicher Texte in Bearbeitung des Willehalms- Stoffs. Berlin: Walter de Gruyter.
- Beddoe, A. E./ Murphy, S. O. (2004): Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? In: Journal of Nursing Education. Vol. 43, Heft 7, S. 305- 312.
- Bernler, G./ Johnsson, L. (1997): Psychosoziale Arbeit. Eine praktische Theorie. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Bierhoff, H.- W. (2006⁶): Sozialpsychologie- Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Boeger, A. (2009): Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte. Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bohart, A.C./ Elliot, R./ Greenberg, L.S/ Watson, J.C. (2002): Empathy. In: Norcross, J.C. (2002): Psychotherapy relationships that work, S. 89- 108. Oxford: Oxford University Press.
- Brown, K.W./ Ryan, R. M. (2003): The benefits of being present. Mindfulness and its role in psychological well- being. In: Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 84, Heft 4, S. 822- 848.
- Brown, K.W./ Ryan, R. M./ Creswell, J. D. (2007): Mindfulness. Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. In: Psychological Inquiry. Vol. 18, Heft 4, S. 211- 237.

Brücher, K. (2005): Therapeutische Räume. Zur Theorie und Praxis psychotherapeutischer Interaktion. München: Spektrum Verlag.

Chiesa, A. (2009): Zen Meditation. An Integration of Current Evidence. In: The Journal of Alternative and Complementary Medicine. Vol. 15, Heft 5, S. 585-592.

Cornelius, J. (2010): Mediation und Systemische Therapie. Überlegung zu einer Adaptierung des Mediationsverfahrens auf die speziellen Bedürfnisse von Paaren. Grenzen und Möglichkeiten. Frankfurt a.M.: Peter Lang-Internationaler Verlag der Wissenschaften.

Cramer, T. (2014): Multikulturelle Teamarbeit. URL: <http://books.google.de/books?id=T2KQAwAAQBAJ&pg=PP1&dq=multikulturelle+teamarbeit+tobias+cramer&hl=de&sa=X&ei=g8ahU-mEJoat0QW44YEQ&ved=0CB8Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false> [Stand: 14.06.2014]

DeLeo, K. (2013): Der Weg zur mitfühlenden Präsenz. Die Tonglen- Praxis. In: Anderssen- Reuster, U./ Meibert, P./ Meck, S.(2013): Psychotherapie und buddhistisches Geistestraining. Methoden einer achtsamen Bewusstseinskultur, S. 224- 239. Stuttgart: Schattauer.

Deutsches Institut für Psychotraumatologie (2012): Grenzüberschreitung und Missbrauch in Psychotherapie und Beratung. URL: <http://www.psychotraumatologie-aktuell.de/missbrauch/sexueller-missbrauch-in-psychotherapie-psychiatrie-und-psychologischer-beratung/warnzeichen/> [Stand: 13.06.2014]

- Dikomey, H. (2008): Paxisbericht Psychotherapie: Arbeitsbelastung und Honorargerechtigkeit. URL: <http://www.bdp-niedersachsen.de/verband/Arbeitsbelast.u.Honorargerechtigkeit.Dikomey.Juni08.pdf> [Stand: 05.07.2013]
- Dobe, M./ Kriszio, H./ Zernikow, B. (2013): Prinzipien der Therapie. In: DObe, M./ Zernikow, B. (2013): Therapie von Schmerzstörungen im Kindes- und Jugendalter. Ein Manual für Psychotherapeuten, Ärzte und Pflegepersonal, S.49- 74. Berlin/ Heidelberg: Springer.
- Dogs, C. P. / Maurer, W.- J. (1998): Naturheilverfahren und Psychosomatik. Lösungsorientierte Praxis. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Dörr, M. (1996): Beziehungsarbeit. Zur Fragwürdigkeit eines Modebegriffs im psychosozialen Bereich. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag.
- Eifert, G.H. (2011): Akzeptanz- und Commitment- Therapie (ACT). Göttingen: Hogrefe.
- Eifert, G.H. (2013): Akzeptanz- und Commitmenttherapie bei Angststörungen. Ein Balance- ACT zwischen Akzeptanz und Veränderung. In: Knuf, A./ Hammer, M. (Hrsg.) (2013): Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, S.82- 105. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Elliot, R./ u.a. (2007): Praxishandbuch der Emotionsfokussierten Therapie. München: CIP- Medien.
- Erber, E. (2011): Achtsamkeit und Intersein. Der Buddhismus bei Thich Nhat Hanh. Berlin: Lit- Verlag.

- Fasbender, J. (2009): Achtsamkeit in der Klärungsorientierten Psychotherapie. In: Sachse, R./ Fasbender, J./ Breil, J./ Püschel, O.: Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie, S. 202- 231 . Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, T./ Sidiropoulou, E./ Vennen, D./ Fisseni, H.J. (2003): Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung: BFTB. Göttingen: Hogrefe.
- Garber, B.D. (2004): Therapist Alienation: Foreseeing and Forestalling Third-Party Dynamics Undermining Psychotherapy With Children of Conflicted Caregivers. In: Professional Psychology. Research and Practice. Jahrgang 35, Heft 4, S. 357–363.
- Gaska, A./ Frey, D. (1993): Berufsbedingte Rollenbeziehungen. In: Auhagen, A.- E./ Salisch, M.v. (Hrsg.): Zwischenmenschliche Beziehungen (S. 279- 298). Göttingen: Hogrefe.
- Geller, S. M./ Greenberg, L. S. (2012): Therapeutic Presence: Therapists´ experience of presence in the psychotherapy encounter. In: Person- Centered and Experiential Psychotherapies. Vol. 1, S. 71- 86.
- Germer, C. K./ Siegel, R. S./ Fulton, P. R. (2009): Achtsamkeit in der Psychotherapie. Freiamt: Arbor.
- Hammer, M./ Knuf, A. (2013): Grundlagen von Achtsamkeitskonzepten. In: Knuf, A./ Hammer, M. (Hrsg.)(2013): Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, S.18- 43. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Harrer, M. E. (2013a): Burnout und Achtsamkeit. Stuttgart: Klett- Cotta.

Harrer, M. E. (2013b): Die Achtsamkeit des Psychotherapeuten. In: Anderssen-Reuster, U./ Meibert, P./ Meck, S.(2013): Psychotherapie und buddhistisches Geistestraining. Methoden einer achtsamen Bewusstseinskultur, S. 277-301. Stuttgart: Schattauer.

Harrer, M. E./ Schmidt, D./ Weiss, H. (2008): Hypnose und Achtsamkeit. Wie das Konzept der Achtsamkeit die Hypnosepsychotherapie bereichern kann. URL: http://www.achtsamleben.at/downloads/ESH_harrer.pdf [Stand: 08.08.2014]

Hartmann- Kottek, L. (2012³): Gestalttherapie. Berlin/ Heidelberg: Springer.

Hauke, G. (2013): Strategisch Behaviorale Therapie (SBT). Emotionale Überlebensstrategien- Werte- Embodiment. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag.

Heidenreich, T./ Michalak, J. (2009³): Achtsamkeit. In: Margraf, J./ Schneider, S. (2009³): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, S.. Heidelberg: Springer- Verlag.

Herkner, Werner (1991): Lehrbuch Sozialpsychologie. Bern: Hans Huber.

Hermer, M./ Röhrle, B.(2008): Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklung und Befunde. In: Hermer, M./ Röhrle, B.: Handbuch der therapeutischen Beziehungen, Bd.1, S. 15- 108. Tübingen: dgvt- Verlag.

Hinde, R. A. & Stevenson-Hinde, J. (1987). Interpersonal relationships and child development. Developmental Review, 7, S. 1-21.

- Hofmann, B./ Hoffmann, N. (2012²): Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater. Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Höger, D. (2006): Klientenzentrierte Therapietheorie. In: Eckert, J./ Biermann- ratjen, E.- M./ Höger, D. (2006): Gesprächstherapie. Ein Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer Medizin.
- Hojat, M./Gonnella, J.S./ Nasca, T.J./ Mangione, S./ Veloski, J.J./ Magee, M.(2001): The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. In: Academic Medicine. Vol. 77, Heft 10, S. 58- 60.
- Hoos- Leistner, H. / Balk, M. (2008): Gesprächsführung für Physiotherapeuten. Theorie- Techniken- Fallbeispiele. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Horvath. A.O./ Bedi, R.P. (2008): Die therapeutische Allianz. In: Hermer, M./ Röhrle, B.(2008): Handbuch der therapeutischen Beziehungen, Bd.1, S.279- 342. Tübingen: dgvt- Verlag
- Huf, A. (1992): Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Weinheim: Psychologieverlag Union.
- Huppertz, M. (2009): Achtsamkeit. Befreiung zur Gegenwart. Achtsamkeit, Spiritualität und Vernunft in Psychotherapie und Lebenskunst. Paderborn: Jungfermann Verlag.

IGPP (2012): Spiritualität und Religiosität in der psychotherapeutischen Praxis. Eine bundesweite Befragung von Psychologischen Psychotherapeuten. URL: http://www.igpp.de/german/eks/Forschungsprojekte/psychotherapie_und_spiritualitaet.html [Stand: 21.07.2014]

Jankord, B. (2011²): Die ursprünglich Weisheitslehre des Buddha. Hamburg: BOD-Verlag.

Kempermann, U./ Henke, M./ Sasse, J./ Bauer, M. (2008): Rückfallprophylaxe bei Depressionen. URL: http://www.dgbs.de/fileadmin/user_upload/PDFs/DGBS_Materialien/DGBS_Rueckfallprophylaxe_bei_Depression.pdf [Stand: 08.08.2014].

Knuf, A. (2011): Achtsamkeit als Haltung und Methode in der sozialpsychiatrischen Arbeit. In: Kerbe- Forum für soziale Psychiatrie. Jahrgang 2011, Heft 4, S. 25-28.

Knuf, A. (2013): Achtsame Haltung psychiatrisch Tätiger. In: Knuf, A./ Hammer, M. (Hrsg.) (2013): Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, S.18- 43. Köln: Psychiatrie Verlag.

Kohut, H. (1987): Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Köppel, P. (2007): Konflikte und Synergien in multikulturellen Teams. Virtuelle und face- to- face Kooperation. Wiesbaden: GWV.

- Kühnel, S.- M./ Krebs, D. (2001): Statistik für die Sozialwissenschaften. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbeck: rowolths enzyklöpädie.
- Kulbe, A. (2009²): Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Lehrbuch für Pflegeberufe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lambert, M. J./ Barley, D.E. (2008): Die therapeutische Beziehung und der Psychotherapieeffekt- eine Übersicht empirischer Forschungsergebnisse. In: Hermer, M./ Röhrle, B.: Handbuch der therapeutischen Beziehungen, Bd.1, S.109- 140. Tübingen: dgvt- Verlag.
- Lange, D. (2013): Inhaltsanalytische Untersuchung zur Kooperation beim Bearbeiten mathematischer Problemaufgaben. Münster: Waxemann Verlag.
- Lehrhaupt, L. (2011²): Schulung der Achtsamkeit- Eine Einführung in die Stressbewältigung durch Achtsamkeit nach Kabat- Zinn. In: Anderssen-Reuster, U. (2011²): Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode, S. 2010- 216. Stuttgart: Schattauer.
- Lehrhaupt, L. (2012): Die Wellen des Lebens reiten: Mit Achtsamkeit zu innerer Balance. München: Kösel- Verlag.
- Lehrhaupt, L./ Meibert, P. (2010³): Stress bewältigen mit Achtsamkeit. Zu innerer Ruhe kommen durch MBSR. München: Kösel- Verlag.
- Lotz, W. (2003): Sozialpädagogisches Handeln. Eine Grundlage sozialer Beziehungsarbeit mit Themenzentrierter Interaktion. Mainz: Matthias-Grünewald- Verlag.

Mayer- Bruns, F. (2013): Dialektisch- behaviorale Therapie. In: Senf, W./ Broda, M./ Wilms, B. (2013): Techniken der Psychotherapie. Ein methodenübergreifendes Kompendium, S. 156- 159. Stuttgart: Thieme- Verlag.

McCollough, J.P. (2012): Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Berlin/ Heidelberg: Springer- Verlag.

Mehrabian, A. (2000): Manual for the Balances Emotional Empathy Scale (BEES). Monterey: Author.

Michalak, J./ Heidenreich, T./ Williams, J. M. G. (2012): Achtsamkeit. Göttingen: Hogrefe.

Michalak, J./ Meibert, P./ Heidenreich, T. (2013): Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie bei Depressionen. In: Knuf, A./ Hammer, M. (Hrsg.) (2013): Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, S.160- 184. Köln: Psychiatrie Verlag.

Möhle, K.(2011): Der Do der Kampfkunst und die Entwicklung einer Lebensform der Achtsamkeit. Berlin: Lit Verlag.

Norcross, J.C. (2002): Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients. New York: Oxford University Press.

Petermann, F. (1996³): Psychologie des Vertrauens. Göttingen: Hogrefe.

- Pörtner, M. (1994): Praxis der Gesprächspsychotherapie. Interviews mit Therapeuten. Stuttgart: Klett- Cotta.
- Richard, M./ Freund, H. (2012): Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie. In: Psychotherapeutenjournal. Jahrgang 11, Heft 3, S. 202- 209.
- Ritz- Schulte, C. (2004): Problembearbeitung und Beziehungsgestaltung bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Robert- Koch- Institut (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 51. Depressive Erkrankungen. Berlin: RKI.
- Rogers, C. R. (1991): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG (Orig. "A Theory of Therapy, Personality an Interpersonal Relationships, as developed in the Client-Centered Framework" 1959).
- Rogers, C. R. (1992): Die Kraft des Guten. Ein Apell zur SLebstverwirklichung. Frankfurt a. M.: Fischer- Verlag.
- Rose, N. / Walach, H. (2009): Die historischen Wurzeln der Achtsamkeitsmeditation. Ein Exkurs in Buddhismus und christliche Mystik. In: Heidenreich, T. / Michalak, J. (Hrsg.) (2009³): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch, S. 27- 48. Tübingen: dgvt- Verlag.
- Rothe, F. (2006): Zwischenmenschliche Kommunikation. Eine interdisziplinäre Grundlegung. Wiesbaden: DUV.

Sachse, R. (2006a): Valide Information entsteht im Therapieprozess: Zur Bedeutung von Beziehungsgestaltung und Klärung in der Anfangsphase von Psychotherapie. In: Sachse, R./ Schlebusch, P. (Hrsg.), Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie, 281-293. Lengerich: Pabst.

Sachse, R. (2006b): Therapeutische Beziehungsgestaltung. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (2009): Was ist Klärungsorientierte Psychotherapie. In: Sachse, R./ Fasbender, J./ Breil, J./ Püschel, O.: Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie, S. 15- 35 . Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R./ Sachse, C. (2005): Wie ruiniere ich meine Beziehung- aber endgültig. Stuttgart: Klett- Cotta.

Sander, /Ziebertz, (2006): Personenzentriert Beraten—Lehren- Lernen- Anwenden. Ein Arbeitsbuch für die Weiterbildung. Berlin: Frank & Timme Verlag.

Schade, J. (2011²): Gleichschwebende Aufmerksamkeit und Achtsamkeit. In: Anderssen- Reuster, U. (2011²): Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode, S. 62- 70. Stuttgart: Schattauer.

Scheftschik, R. (2014): Achtsamkeit in den Alltag bringen. URL: <http://leben-ohne-limit.com/7354/achtsamkeit-den-alltag-bringen/> [Stand: 06.08.2014].

Schmitt, Hanspeter (2003): Empathie und Wertkommunikation. Theorie des Einfühlungsvermögens in theologisch- ethischer Perspektive. Freiburg Schweiz: Universitätsverlag.

Schneider, M. (2012): Stressfrei durch Meditation. Das MBSR- Kursbuch nach der Methode von Jon Kabat- Zinn. Frankfurt am Main: O. W. Barth Verlag.

Schneider, M. (2013): Der kleine Alltagsbuddhist. München: Gräfe und Unzer Verlag.

Shapiro, S.L./ Schwartz, G.E./ Bonner, G. (1998): Effects of Mindfulness- Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. In: Journal of Behavioral Medicine. Vol. 21, Heft 21, S. 581- 599.

Sonnenmoser, Dr. phil. M. (2003): Offenheit in der Therapie. Wesentliches häufig ungesagt. In. Deutsches Ärzteblatt. Jahrgang 2013, Heft 10, S. 471 f.

Speierer, G.- W. (2008): Akzeptanz und Wertschätzung. In: Hermer, M./ Röhrle, B.: Handbuch der therapeutischen Beziehungen, Bd.1, S.423- 434. Tübingen: dgvt- Verlag.

Spreng, N./ et al. (2009): The Toronto Empathy Questionnaire. Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. In: Journal of Personality Assessment. Jahrgang 2009, Heft 91, S. 62–71.

Sumsion, T. (2002): Klientenzentrierte Ergotherapie. Umsetzung in die Praxis. Stuttgart: Thieme- Verlag.

Staemmler, F.- M. (2009): Das Geheimnis des Anderen- Empathie in der Psychotherapie. Wie Therapeuten und Klienten einander verstehen. Stuttgart: Klett- Cotta.

- Stemmer- Lück, M. (2009): Verstehen und Behandeln von psychischen Störungen. Psychodynamische Konzepte in der psychosozialen Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stern, D. N. (2005): Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozess in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt/Main: Brandes & Apsel.
- Strauß, B. (2008a): Bindung und Psychopathologie. Stuttgart: Klett- Cotta.
- Strauß, B. (2008b): Bindungsforschung und therapeutische Beziehungen. In: Hermer, M./ Röhrle, B.(2008): Handbuch der therapeutischen Beziehungen, Bd.1, S.205- 232. Tübingen: dgvt- Verlag
- Thích Nhất Hạnh (2003): Heute achtsam leben. Freiburg: Herder.
- Thies, B. (2010): Vertrauen und Psychotherapie. In: Schweer, M.K.W. (Hrsg.) (2010): Vertrauensforschung 2010: A State of Art, S. 207- 230. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Trimmel, M. (2003): Angewandte Sozialpsychologie. Wien Facultas.
- Walach, H./ et al. (2009³): Empirische Erfassung der Achtsamkeit. Die Konstruktion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) und weitere Validierungsstudien. In: Heidenreich, T. / Michalak, J. (Hrsg.) (2009³): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch, S.755- 799. Tübingen: dgvt- Verlag.

Weck, F. (2013): Psychotherapeutische Kompetenzen. Theorien, Erfassung, Förderung. Berlin/ Heidelberg: Springer Medizin.

Weeraratna, T. (2008): Religiöses Leben in einer säkularisierten Gesellschaft. URL: <http://das-buddhistische-haus.de/pages/de/dhamma/texte/22-religioeses-leben-in-einer-saekularisierten-gesellschaft> [Stand: 31.07.2014].

Weiss, H./ Harrer, M./ Dietz, T. (2010⁴): Das Achtsamkeitsbuch. Stuttgart: Klett-Cotta.

Weiss, H./ Harrer, M./ Dietz, T. (2012): Das Achtsamkeits- Übungsbuch. Für Beruf und Alltag. Stuttgart: Klett- Cotta.

Wetzel, S. (2014): Achtsamkeit und Mitgefühl. Mut zur Muße statt Hektik und Burnout. Stuttgart: Klett- Cotta.

Zöfel, P. (2003). Statistik für Psychologen. Im Klartext. München: Pearson Studium.

Zulehner, P. M./ Steinmair-Pösel, P. (2011): Typisch Frau? Wie Frauen leben und glauben. Linz: Welt der Frau Verlag.

Anhang: Online Fragebogen

8.8.2014

Fragebogen



Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

herzlich willkommen zur Umfrage, welche ich im Rahmen meiner Masterarbeit an der Hochschule Mittweida/ Fakultät Soziale Arbeit durchführe. **Als Teilnehmer werden (sozial-)pädagogische und psychologische Fachkräfte gesucht, welche in einem therapeutischen Setting tätig sind.** Ich möchte in meiner Untersuchung den Einfluss der persönlichen Lebenseinstellung auf den Therapieverlauf untersuchen, weshalb es wichtig ist wahrheitsgemäß auf die Fragen zu Antworten.

Ihre Teilnahme ist freiwillig und es steht Ihnen frei die Befragung jederzeit abubrechen. Die Erhebung und Weiterverarbeitung der gesammelten Daten erfolgt anonym und wird nicht an Dritte weitergegeben.

Für die vollständige Bearbeitung benötigen Sie ca. 5-10 min. Bitte lassen Sie keine Frage aus und vermeiden Sie eine längere Unterbrechung bei der Beantwortung des Fragebogens. Markieren Sie Ihre Einschätzungen sozusagen „aus dem Bauch heraus“. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten- Ihre persönliche Meinung zählt. Wenn Sie sich gar nicht entscheiden können, wählen Sie bitte die Antwortalternative, die für Sie am ehesten zutrifft.

Wenn Sie mehr zum Thema und den Ergebnissen der Studie erfahren möchten, schreiben Sie bitte eine E-Mail an: helen.wohlfahrt@hs-mittweida.de

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und viel Spaß mit dem Fragebogen!

Weiter

B.A. Helen Wohlfahrt, HS Mittweida



13% ausgefüllt

**1. Geschlecht****2. Alter**

- ☐ <20
- ☐ 20- 29
- ☐ 30- 39
- ☐ 40- 49
- ☐ 50- 59
- ☐ 60<

3. In welchem Bereich sind Sie beruflich Tätig?

- ☐ Psychotherapie: Verhaltenstherapie
- ☐ Psychotherapie: Tiefenpsychologische Therapie
- ☐ Bereichsspezifische Psychotherapie
- ☐ Beratung
- ☐ Künstlerische Therapie
- ☐ Körperorientierte Therapie
- ☐ Sonstiges

B.A. Helen Wohlfahrt, HS Mittweida



Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre allgemeine und alltägliche Lebenssituation!

Weiter

B.A. Helen Wohlfahrt, HS Mittweida



38% ausgefüllt

HOCHSCHULE
MITTWEIDA
UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

Bitte kreuzen Sie das am ehesten für Sie Zutreffende an!

	fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer	keine Angaben
Ich bin offen für die Erfahrung des Augenblicks.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich spüre in meinen Körper hinein, sei es beim Essen, Kochen, Putzen, reden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich merke, dass ich abwesend war, kehre ich sanft zur Erfahrung des Augenblicks zurück.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mich selbst wertschätzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich achte auf die Motive meiner Handlungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich sehe meine Fehler und Schwierigkeiten, ohne mich zu verurteilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin in Kontakt mit meinen Erfahrungen, hier und jetzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme unangenehme Erfahrungen an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir selbst gegenüber freundlich, wenn Dinge schief laufen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich beobachte meine Gefühle, ohne mich in Ihnen zu verlieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In schwierigen Situationen kann ich inne halten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erlebe Momente innerer Ruhe und Gelassenheit, selbst wenn äußerliche Schmerzen und Unruhe da sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ungeduldig mit mir und meinen Mitmenschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann darüber lächeln, wenn ich sehe, wie ich mir manchmal das Leben schwer mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter

B.A. Helen Wohlfahrt, HS Mittweida



Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren beruflichen Alltag und Ihre KlientInnen!

Weiter

B.A. Helen Wohlfahrt, HS Mittweida



63% ausgefüllt

HOCHSCHULE
MITTWEIDA
UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

Bitte kreuzen Sie das am ehesten für Sie Zutreffende an!

	trifft gar nicht zu	trifft weniger zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	keine Angaben
Ich spüre, wenn ein(e) KlientIn gekränkt oder ängstlich ist, auch wenn er/sie es nicht sagt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde leicht von der Begeisterung meiner KlientInnen mitgerissen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich empfinde keine Sympathie für KlientInnen, die Ihre Krankheit selbst verursacht haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bekomme einen Hitzeschwall, wenn meine KlientInnen berichten, dass Sie respektlos oder unangemessen behandelt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verspüre den Impuls sofort etwas zu tun, wenn ein(e) KlientIn aus der Fassung gerät.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	trifft gar nicht zu	trifft weniger zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	keine Angaben
	0	1	2	3	
Mein professionelles Handeln ist stets im Einklang mit meiner inneren Einstellung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Einbringen von Hintergründen zur eigenen therapeutischen Strategie oder von persönlichen Erfahrungen empfinde ich im Rahmen einer Therapie ausnahmslos als unangemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich scheue mich nicht davor meine eigenen Gefühle, bezüglich des therapeutischen Prozesses zu äußern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Arbeit mit meinen KlientInnen habe ich stets das Gefühl, frei und ohne Einwirkungen von außen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

arbeiten zu können.

	trifft gar nicht zu	trifft weniger zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	keine Angaben
Es fällt mir schwer Dinge aus dem Blickwinkel meiner KlientInnen zu sehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicht immer kann ich KlientInnen respektieren, wenn Sie entgegen des Therapieziels handeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir leicht meine(n) KlientInnen losgelöst von meinen bisherigen Erfahrungen und Meinungen wahrzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Weiter](#)

B.A. Helen Wohlfahrt, HS Mittweida



75% ausgefüllt

HOCHSCHULE
MITTWEIDA
UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

4. Sind Sie vertraut mit dem Konzept „Achtsamkeit“?

	nein	ja
Sind Sie vertraut mit dem Konzept der „Achtsamkeit“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie bereits etwas von Mindfulness- based Stress Reduction gehört?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sagt Ihnen Mindfulness- based Cognitive Therapy etwas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie schon einmal an einem achtsamkeitsbasierten Training bzw. einer achtsamkeitsbasierten Therapie teilgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie bereits ein achtsamkeitsbasiertes Training bzw. eine achtsamkeitsbasierte Therapie selbst durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Weiter](#)

B.A. Helen Wohlfahrt, HS Mittweida



5. Haben Sie Kritik oder Verbesserungsvorschläge zum Fragebogen oder haben Sie eine Frage nicht verstanden?

Bitte lassen Sie es mich wissen.

A large, empty rectangular box with a thin grey border, intended for the respondent to provide feedback or suggestions.

Weiter

B.A. Helen Wohlfahrt, HS Mittweida



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

B.A. Helen Wohlfahrt, HS Mittweida

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bearbeitungsort, Datum

Unterschrift